

ZGODA NA UDOSTĘPNIENIE INFORMACJI
O PACJENCIE
CONSENT TO RELEASE OF PATIENT INFORMATION

Ja, zmieszkały/-a
imiona (given names) nazwisko (surname)

obecnie zmieszkały/-a
adres obecny (current address)

poprzednio
adres w czasie leczenia (jeśli inny) (previous address)

..... niniejszym upoważniam
data urodzenia (date of birth) nazwa

..... do udostępnienia
szpitala (name of hospital) nazwa

..... z siedzibą
instytucji (name of organisation) adres

..... wymaganych informacji zgodnie
instytucji (address of organisation) information requested as specified

z poniższym wyszczególnieniem w celu
below, for cel informacji (purpose of
.....
information)

ZAZNACZ ODPOWIEDNIE OKIENKO/-A
PLEASE TICK APPROPRIATE BOX(ES)

- Diagnoza ostateczna
Final Diagnosis
- Krótka informacja o zwolnieniu
Discharge Summary
- Inne (podaj jakie)
Other (Specify)

Powyższe informacje dotyczą tylko mojego kontaktu ze szpitalem
The above information pertains only to my contact with the hospital
w dniu/dniach
on/between daty leczenia (date of health treatment)

Dated this Day of
Sporządzono dnia miesiąca roku 19...
zgoda ważna jest przez trzy miesiące
od powyższej daty
Consent valid for three months from the above date

Podpis
(Signed)

Świadek Stopień pokrewieństwa
(Witness) (Relationship)