

UPOWAŻNIENIE DO UZYSKANIA INFORMACJI O STANIE ZDROWIA I / LUB WYDANIA DOKUMENTACJI MEDYCZNEJ

Ja, niżej podpisany(a)PESEL *

zamieszkały(a):tel kontaktowy:.....
(nie obowiązkowo)

**w sytuacji, gdy pacjent nie ma nadanego nr PESEL np.: obcokrajowiec, należy podać dane jego dokumentu tożsamości*

UPOWAŻNIAM JEDNORAZOWO / BEZTERMINOWO*

** właściwe zaznaczyć. Upoważnienie bezterminowe jest ważne do momentu cofnięcia upoważnienia przez pacjenta.*

Pana(a) (imię i nazwisko czytelnie).....PESEL *

zamieszkały(a):tel kontaktowy:.....
(nie obowiązkowo)

**w sytuacji, gdy pacjent nie ma nadanego nr PESEL np.: obcokrajowiec, należy podać dane jego dokumentu tożsamości*

do odbioru dokumentacji medycznej, dotyczącej mojej osoby

wyniku mojego badania diagnostycznego, recepty, inne (określenie rodzaju badania, terminu wykonania)

.....

części mojej dokumentacji medycznej (określenie z jakiej poradni ma być dokumentacja medyczna)

.....

całości dokumentacji medycznej, dotyczącej mojej osoby

Data i czytelny podpis Upoważniającego

UPOWAŻNIAM JEDNORAZOWO / BEZTERMINOWO*

** właściwe zaznaczyć. Upoważnienie bezterminowe jest ważne do momentu cofnięcia upoważnienia przez pacjenta.*

Pana (a) (imię i nazwisko czytelnie).....PESEL *

zamieszkały(a):tel kontaktowy:.....

**w sytuacji, gdy pacjent nie ma nadanego nr PESEL np.: obcokrajowiec, należy podać dane jego dokumentu tożsamości*

do uzyskania informacji o stanie mojego zdrowia

Data i czytelny podpis Upoważniającego