

Upoważnienie pacjenta do odebrania dokumentacji medycznej

Ja niżej podpisany/a

Dane pacjenta

Imię i nazwisko

numer i seria dowodu

Upoważniam Pana/Panią

Dane upoważnionego

Imię i nazwisko

numer i seria dowodu

do odebrania dokumentacji medycznej, dotyczącej mojej osoby w zakresie:

rodzaj dokumentacji i zakres dat

data

czytelny podpis osoby składającej wniosek

Potwierdzenie wydania dokumentacji medycznej

Dokumentacja medyczna zostaje wydana osobie upoważnionej na podstawie dokumentu tożsamości.
Niniejsze upoważnienie ma charakter jednorazowy.

data

czytelny podpis osoby odbierającej

data

czytelny podpis pracownika