

Upoważnienie do odbioru dokumentacji medycznej

1. Miejscowość, data.....

2. Imię i nazwisko pacjenta.....

3. Adres zamieszkania.....

4. PESEL.....

5. Ja niżej podpisany, legitymujący się dowodem osobistym SeriaNr.....

Upoważniam do odbioru mojej dokumentacji medycznej, o której udostępnienie złożyłem wniosek w dniu
..... Pana/Paniąlegitymującą (-cego) się dowodem osobistym

Seria..... Nr.....

.....
(podpis osoby przyjmującej upoważnienie)

.....
(data i czytelny podpis pacjenta)

Uwaga : Załączyć wniosek do dokumentacji pacjenta