

Upoważnienie Pacjenta do wydania dokumentacji medycznej

Ja niżej podpisany /na

.....
legitymujący /ca się dokumentem tożsamości
Numer seria
Numer PESEL / data urodzenia upoważniającego

upoważniam Pana / Panią

1.
legitymującego /cą się dokumentem tożsamości
Numer seria
Numer PESEL / data urodzenia upoważnionego

.....
Data i podpis upoważnionego

2.
legitymującego /cą się dokumentem tożsamości
Numer seria
Numer PESEL / data urodzenia upoważnionego

.....
Data i podpis upoważnionego

3.
legitymującego /cą się dokumentem tożsamości
Numer seria
Numer PESEL / data urodzenia upoważnionego

.....
Data i podpis upoważnionego

do odbioru dokumentacji medycznej

.....
.....

rodzaj dokumentacji medycznej

Rodzaj upoważnienia:*

- Upoważnienie jednorazowe do wydania dokumentacji medycznej
- Upoważnienie stałe do wydania dokumentacji medycznej
- Upoważnienie na wypadek śmierci
- Upoważnienie do zgody równoległej do wydania dokumentacji medycznej (zgoda równoległa jest to zgoda wyrażona równocześnie przez dziecko między 16 a 18 r.ż. i rodzica/opiekuna prawnego)

.....
Data i czytelny podpis osoby upoważniającej do odbioru dokumentacji

*właściwie zaznaczyć