

UPOWAŻNIENIE DO WYDANIA KOPII DOKUMENTACJI MEDYCZNEJ

(wypełnić tylko w przypadku, gdy dokumentacja będzie odbierana przez inną osobę niż wnioskodawca)

.....

Miejscowość i data

Dane pacjenta (osoby, której dokumentacja dotyczy):

.....
imię i nazwisko

.....
adres

Ja, niżej podpisany/a, legitymujący/a się dowodem osobistym nr.
upoważniam:

.....
(imię i nazwisko)

legitymującego/cej się dowodem osobistym nr.
do odbioru dokumentacji medycznej dotyczącej mojej osoby i/.....*

.....

data i czytelny podpis

* proszę uzupełnić w przypadku, gdy pacjent zmarł lub pacjentem jest osoba małoletnia, całkowicie ubezwłasnowolniona albo niezdolna do świadomego wyrażenia zgody