

Upoważnienie Pacjenta do wydania dokumentacji medycznej (w tym wyników badań lub rece

Ja niżej podpisany / na

Numer PESEL

Upoważniam:

1. Pana / Panią

Numer PESEL do odbioru dokumentacji

.....
rodzaj dokumentacji medycznej (całość dokumentacji/tylko recepty i wyniki/itp.)

Rodzaj upoważnienia (właściwie zaznaczyć):

- Upoważnienie jednorazowe do wydania dokumentacji medycznej
- Upoważnienie okresowe ważne od.....do.....
- Upoważnienie stałe (bezterminowe)**
- Upoważnienie do zgody równoległej do wydania dokumentacji medycznej (*zgoda równoległa jest to zgoda wyrażona ró przez dziecko między 16 a 18 r.ż. i rodzica/opiekuna prawnego*)

.....
Data i czytelny podpis osoby
Upoważniającej

.....
Data i podpis osoby upoważnionej

2. Pana / Panią

Numer PESEL do odbioru dokumentacji

.....
rodzaj dokumentacji medycznej (całość dokumentacji/tylko recepty i wyniki/itp.)

Rodzaj upoważnienia (właściwie zaznaczyć):

- Upoważnienie jednorazowe do wydania dokumentacji medycznej
- Upoważnienie okresowe ważne od.....do.....
- Upoważnienie stałe (bezterminowe)**
- Upoważnienie do zgody równoległej do wydania dokumentacji medycznej (*zgoda równoległa jest to zgoda wyrażona ró przez dziecko między 16 a 18 r.ż. i rodzica/opiekuna prawnego*)

.....
Data i czytelny podpis osoby
upoważniającej

.....
Data i podpis osoby upoważnionej

3. Pana / Panią

Numer PESEL do odbioru dokumentacji

.....
rodzaj dokumentacji medycznej (całość dokumentacji/tylko recepty i wyniki/itp.)

Rodzaj upoważnienia (właściwie zaznaczyć):

- Upoważnienie jednorazowe do wydania dokumentacji medycznej
- Upoważnienie okresowe ważne od.....do.....
- Upoważnienie stałe (bezterminowe)**
- Upoważnienie do zgody równoległej do wydania dokumentacji medycznej (*zgoda równoległa jest to zgoda wyrażona ró przez dziecko między 16 a 18 r.ż. i rodzica/opiekuna prawnego*)

.....
Data i czytelny podpis osoby
upoważniającej

.....
Data i podpis osoby upoważnionej