

Upoważnienie Pacjenta do odbioru dokumentacji medycznej

Ja niżej podpisany / na

legitymujący / ca się dokumentem tożsamości

Numer seria

Numer PESEL / data urodzenia upoważniającego

Pana / Panią

legitymującego się dokumentem tożsamości

Numer seria

Numer PESEL / data urodzenia upoważnionego

do odbioru dokumentacji medycznej
rodzaj dokumentacji medyc

Rodzaj upoważnienia* :

- Upoważnienie jednorazowe do wydania dokumentacji medycznej
- Upoważnienie stałe do wydania dokumentacji medycznej
- Upoważnienie w wypadku 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

.....
Data i podpis upoważnionego

.....
Data i czytelny podpis osoby w obecności której został złożony podpis

* właściwe zaznaczyć