

.....
(miejsowość, data)

**UPOWAŻNIENIE DOTYCZĄCE UDOSTĘPNIENIA DOKUMENTACJI MEDYCZNEJ W TYM RECEPT
ORAZ UZYSKIWANIA INFORMACJI O STANIE ZDROWIA
PACJENTA I UDZIELONYCH ŚWIADCZENIACH ZDROWOTNYCH**

.....
(Imię i nazwisko i PESEL pacjenta)

.....
(Adres zamieszkania)

Osobami upoważnionymi do uzyskiwania mojej dokumentacji medycznej w tym recept oraz uzyskiwania informacji o stanie zdrowia i udzielonych świadczeniach medycznych są (proszę podać imię i nazwisko, datę urodzenia)*:

- 1)
- 2)
- 3)

Oświadczam, iż zostałem poinformowany o możliwości cofnięcia udzielonego upoważnienia.

* **niepotrzebne skreślić**

.....
(czytelny podpis pacjenta / opiekuna prawnego)

.....
(miejsowość, data)

**UPOWAŻNIENIE DOTYCZĄCE UDOSTĘPNIENIA DOKUMENTACJI MEDYCZNEJ W TYM RECEPT
ORAZ UZYSKIWANIA INFORMACJI O STANIE ZDROWIA
PACJENTA I UDZIELONYCH ŚWIADCZENIACH ZDROWOTNYCH**

.....
(Imię i nazwisko i PESEL pacjenta)

.....
(Adres zamieszkania)

Osobami upoważnionymi do uzyskiwania mojej dokumentacji medycznej w tym recept oraz uzyskiwania informacji o stanie zdrowia i udzielonych świadczeniach medycznych* są (proszę podać imię i nazwisko, datę urodzenia)*:

- 1)
- 2)
- 3)

Oświadczam, iż zostałem poinformowany o możliwości cofnięcia udzielonego upoważnienia.

* **niepotrzebne skreślić**

.....
(czytelny podpis pacjenta / opiekuna prawnego)