

Upoważnienie Pacjenta do wydania 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 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

.....

Data i podpis upoważnionego

.....

Data i czytelny podpis osoby w obecności której został złożony podpis

* właściwe zaznaczyć