

Upoważnienie Pacjenta do wydania dokumentacji medycznej

Ja nizej podpisany / na

.....

legitymujący / ca się dokumentem tożsamości

.....

Numer seria

Numer PESEL / data urodzenia upowazniajacego

Pana / Pania

.....

legitymującego się dokumentem tożsamości

Numer seria

Numer PESEL / data urodzenia upowaznionego

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.z. i rodzica/opiekuna prawnego)

.....

Data i czytelny podpis osoby
upowazniajacej do odbioru dokumentacji

.....

Data i podpis upowaznionego

.....

Data i czytelny podpis osoby w obecności której został złożony podpis

* właściwe zaznaczyć