

## Upoważnienie do odbioru kopii dokumentacji medycznej

1. Miejscowość i data: \_\_\_\_\_

2. Imię i nazwisko pacjenta: \_\_\_\_\_

3. Adres zamieszkania: \_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

4. PESEL:

|  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|
|  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|

4. Ja, niżej podpisany/a, legitymujący się dowodem osobistym lub innym dokumentem tożsamości

Seria \_\_\_\_\_ nr \_\_\_\_\_ upoważniam do odbioru mojej dokumentacji

medycznej, Panią/Pana \_\_\_\_\_

legitymującą/-ego się dowodem osobistym seria \_\_\_\_\_ nr \_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_  
Data i czytelny podpis pacjenta/  
przedstawiciela prawnego pacjenta

\_\_\_\_\_  
Podpis pracownika przyjmującego  
upoważnienie