

OŚWIADCZENIE PACJENTA O UPOWAŻNIENIU DO DOKUMENTACJI MEDYCZNEJ

Osoba upoważniająca
/imię nazwisko /

PESEL

ADRES

Osoba upoważniona.....
/imię nazwisko /

PESEL

DOKUMENT TOŻSAMOŚCI – wpisać rodzaj i numer

Rodzaj upoważnienia

- ☐ odbiór wyników badań RTG ☐ odbiór recept i zleceń
- ☐ odbiór wyników badań USG
- ☐ dostęp do dokumentacji medycznej POZ / Por. Chirurgii Ogólnej / NiŚOZ*
- ☐ informacji o stanie zdrowia POZ / Por. Chirurgii Ogólnej / NiŚOZ*
- ☐ odbiór dokumentacji lekarskiej za życia i w razie śmierci

Ważność upoważnienia

- ☐ jednorazowo – dotyczy: /wpisać datę badania / porady lekarskiej/
- ☐ do odwołania
- ☐ od..... do.....

.....
Podpis pacjenta

.....
miejscowość, data

* właściwe podkreślić