

UPOWAŻNIENIE

Ja niżej podpisany, _____ (imię i nazwisko),
nr PESEL _____, adres _____, niniejszym:

1. Upoważniam Panią/Pana: _____, PESEL nr _____,
adres: _____* / nie upoważniam nikogo* do informowania
o moim stanie zdrowia i udzielanych mi świadczeniach medycznych przez *Nazwa Zakładu Opieki
Zdrowotnej*
2. Upoważniam Panią/Pana: _____, PESEL nr _____,
adres: _____* / nie upoważniam nikogo* do uzyskiwania mojej
dokumentacji medycznej z *Nazwa Zakładu Opieki Zdrowotnej*
3. Upoważniam Panią/Pana: _____, PESEL nr _____,
adres: _____* / nie upoważniam nikogo* do uzyskiwania mojej
dokumentacji medycznej *Nazwa Zakładu Opieki Zdrowotnej* w przypadku mojej śmierci.

Data

Podpis pacjenta

* Niepotrzebne skreślić