

## UPOWAŻNIENIE DO UDOSTĘPNIENIA DOKUMENTACJI MEDYCZNEJ

### DANE PACJENTA (UPOWAŻNIAJĄCEGO)

IMIĘ

NAZWISKO

RODZAJ DOKUMENTU TOŻSAMOŚCI

NUMER I SERIA

PESEL

### DANE OSOBY UPOWAŻNIONEJ

IMIĘ

NAZWISKO

RODZAJ DOKUMENTU TOŻSAMOŚCI

NUMER I SERIA

### UPOWAŻNIAM POWYŻSZĄ OSOBĘ DO:

- złożenia wniosku i odbioru dokumentacji medycznej  
 złożenia wniosku       odbioru dokumentacji medycznej

**ZAKRES UPOWAŻNIENIA DO DOKUMENTACJI MEDYCZNEJ** (rodzaj dokumentacji, nazwa oddziału, poradni lub innej komórki organizacyjnej)

**MIEJSCE I DATA, PODPIS PACJENTA (UPOWAŻNIAJĄCEGO)**

UWAGI