

Miejscowość:, dnia r

UPOWAŻNIENIE DO ODBIORU DOKUMENTACJI MEDYCZNEJ

I. Dane pacjenta (mocodawcy):

- Imię i nazwisko:
- Adres zamieszkania:
- PESEL:
- Dokument tożsamości (seria i numer / dowód osobisty):
.....
- Telefon kontaktowy:

II. Dane osoby upoważnionej (członka rodziny):

- Imię i nazwisko:
- Stopień pokrewieństwa:
- Adres zamieszkania:
- PESEL:
- Dokument tożsamości (seria i numer / dowód osobisty):
.....

III. Treść upoważnienia:

Ja, niżej podpisany/a, działając na podstawie art. 26 ust. 1 ustawy z dnia 6 listopada 2008 r. o prawach pacjenta i Rzeczniku Praw Pacjenta, niniejszym **upoważniam do odbioru** mojej dokumentacji medycznej wskazaną wyżej osobę bliską.

Upoważnienie ma charakter jednorazowy (do odbioru dokumentów wskazanych we wniosku z dnia

.....
(czytelny podpis pacjenta / osoby upoważniającej)

Radca Prawny
Przemysław Ded
KT 3570