Upoważnienie Pacjenta do wydania dokumentacji medycznej

Ja niżej podpisany / na ……

legitymujący / ca się dokumentem tożsamości ……

Numer …… seria …… PESEL /…./…./…./…./…./…./…./…./…./…./…./

UPOWAŻNIAM Pana / Panią ……

legitymującego się dokumentem tożsamości ……

Numer …….... seria …….. PESEL /…./…./…./…./…./…./…./…./…./…./…./

lub data urodzenia upoważnionego ……

do odbioru kopii dokumentacji medycznej z mojego leczenia w SPZOZ w Radzyniu Podlaskim – *zakreślić X właściwe :

*☐ oddziale (podać jakim?) ……

*☐ poradni specjalistycznej (podać jakiej?) ……

*☐ pracowni diagnostycznej (podać jakiej?) ……

……

(rodzaj dokumentacji medycznej)

Rodzaj upoważnienia ** zakreślić X właściwe **:**

**☐ Upoważnienie jednorazowe do wydania dokumentacji medycznej

**☐ Upoważnienie stałe do wydania dokumentacji medycznej

**☐ Upoważnienie na wypadek śmierci

…… ……

►Data i czytelny podpis pacjenta upoważniającego do odbioru dokumentacji ……

►Data i podpis upoważnionego do odbioru dokumentacji ……

►Data i czytelny podpis osoby przyjmującej upoważnienie (pracownika SPZOZ w Radzyniu Podlaskim

……..