

.....
(miejscowość, data)

UPOWAŻNIENIE

Ja, niżej podpisany/a:

Imię i nazwisko:

PESEL:

Adres:

niniejszym upoważniam:

Imię i nazwisko:

PESEL:

Adres:

do odbioru mojej dokumentacji medycznej znajdującej się w

(nazwa placówki medycznej)

Zakres dokumentacji:

☐ całość dokumentacji

☐ dokumentacja z dnia/okresu:

☐ inna:

Forma udostępnienia:

☐ kopia papierowa

☐ kopia elektroniczna

☐ inna:

Upoważnienie jest:

☐ jednorazowe

☐ ważne do odwołania

.....
(podpis pacjenta)

.....
(miejscowość, data)