

.....
miejsowość, data

UPOWAŻNIENIE

Pacjent:

Imię i nazwisko

Pesel

Adres

nr tel.

Upoważniam osobę/osoby:

1.
(imię i nazwisko, adres, pesel, nr telefonu)

2.
(imię i nazwisko, adres, pesel, nr telefonu)

3.
(imię i nazwisko, adres, pesel, nr telefonu)

4.
(imię i nazwisko, adres, pesel, nr telefonu)

5. Nie upoważniam nikogo

Upoważniam do wglądu/ odbioru mojej dokumentacji medycznej z tutejszego Zakładu Opieki Zdrowotnej osoby:	* 1 2 3 4 5
Upoważniam do informowania o moim stanie zdrowia i udzielonych świadczeniach zdrowotnych przez tutejszy Zakład Opieki Zdrowotnej osoby:	* 1 2 3 4 5
Upoważniam do odbioru moich recept osoby:	* 1 2 3 4 5
Upoważniam do odbioru moich zleceń na zapotrzebowanie w wyroby medyczne osoby:	* 1 2 3 4 5

* właściwie zakreślić

.....
Podpis pacjenta