

\_\_\_\_\_, dn. \_\_. \_\_. \_\_\_\_ r.

### UPOWAŻNIENIE

Ja, niżej podpisany/podpisana \_\_\_\_\_  
(podać imię, nazwisko i data urodzenia pacjenta)

upoważniam do uzyskiwania informacji o moim stanie zdrowia:

\_\_\_\_\_  
(podać imię, nazwisko i data urodzenia osoby upoważnionej)

upoważniam do dostępu do mojej dokumentacji medycznej:

\_\_\_\_\_  
(podać imię, nazwisko i data urodzenia osoby upoważnionej)

\_\_\_\_\_  
(podpis pacjenta)

Jeżeli pacjent nie upoważnia nikogo do uzyskiwania informacji lub dostępu do dokumentacji medycznej, należy przekreślić odpowiednie pole powyżej.

-----

\_\_\_\_\_, dn. \_\_. \_\_. \_\_\_\_ r.

### UPOWAŻNIENIE

Ja, niżej podpisany/podpisana \_\_\_\_\_  
(podać imię, nazwisko i data urodzenia pacjenta)

upoważniam do uzyskiwania informacji o moim stanie zdrowia:

\_\_\_\_\_  
(podać imię, nazwisko i data urodzenia osoby upoważnionej)

upoważniam do dostępu do mojej dokumentacji medycznej:

\_\_\_\_\_  
(podać imię, nazwisko i data urodzenia osoby upoważnionej)

\_\_\_\_\_  
(podpis pacjenta)

Jeżeli pacjent nie upoważnia nikogo do uzyskiwania informacji lub dostępu do dokumentacji medycznej, należy przekreślić odpowiednie pole powyżej.