

Data otrzymania

Nr upoważnienia

## UPOWAŻNIENIE DO UDZIELANIA INFORMACJI O STANIE ZDROWIA I WGLĄDU DO DOKUMENTACJI MEDYCZNEJ

### DANE PACJENTA

Prosimy o czytelne wypełnienie drukowanymi literami.

IMIĘ: \_\_\_\_\_

NAZWISKO: \_\_\_\_\_

PESEL: \_\_\_\_\_

DATA URODZENIA:       /       /            

KOBIETA     MĘŻCZYZNA

#### ADRES ZAMIESZKANIA

ULICA: \_\_\_\_\_ NR: \_\_\_\_\_

KOD POCZT.: \_\_\_\_\_ MIEJSCOWOŚĆ: \_\_\_\_\_

#### DANE KONTAKTOWE

TEL.: \_\_\_\_\_

E-MAIL: \_\_\_\_\_

Wypełnienie powyższych pól jest warunkiem koniecznym do przyjęcia upoważnienia.

**Upoważniam n/w do udzielania informacji o moim/mojego podopiecznego stanie zdrowia oraz do wglądu do dokumentacji medycznej**

### DANE OSOBY UPOWAŻNIONEJ

IMIĘ: \_\_\_\_\_

NAZWISKO: \_\_\_\_\_

PESEL: \_\_\_\_\_

DATA URODZENIA:       /       /            

KOBIETA     MĘŻCZYZNA

#### ADRES ZAMIESZKANIA

ULICA: \_\_\_\_\_ NR: \_\_\_\_\_

KOD POCZT.: \_\_\_\_\_ MIEJSCOWOŚĆ: \_\_\_\_\_

#### DANE KONTAKTOWE

TEL.: \_\_\_\_\_

E-MAIL: \_\_\_\_\_

### ZAKRES SZCZEGÓŁOWY UDZIELANYCH INFORMACJI:

**Upoważnienie obowiązuje bezterminowo lub do momentu pisemnego odwołania.**

\_\_\_\_\_  
data i podpis Pacjenta/Rodzica/Opiekuna prawnego