

Upoważnienie do wglądu do dokumentacji medycznej

Ja niżej podpisany/a

Dane pacjenta

Imię i nazwisko

PESEL

1. **Upoważniam** Pana/Panią *

Dane upoważnionego

Imię i nazwisko

PESEL

Adres zamieszkania

Telefon

do wglądu do dokumentacji medycznej, *

do uzyskania kserokopii dokumentacji medycznej, *

do odbioru oryginału dokumentacji medycznej w celu przedstawienia właściwemu urzędowi z zastrzeżeniem zwrotu po wykorzystaniu *

2. **Nie upoważniam** żadnej osoby do wglądu do dokumentacji medycznej, kserokopii oraz do odbioru dokumentacji medycznej w celu przedstawienia właściwemu urzędowi z zastrzeżeniem zwrotu po wykorzystaniu *

Pacjent został poinformowany o wszystkich swoich prawach i otrzymał odpowiednią ilość czasu do wypełnienia formularza.

data

czytelny podpis osoby składającej upoważnienie

data

podpis pracownika przyjmującego upoważnienie