

Upoważnienie do przekazywania informacji o stanie zdrowia pacjenta i przebiegu leczenia

Ja niżej podpisany/a

Dane pacjenta

Imię i nazwisko

PESEL

Seria i numer
dokumentu tożsamości

1. **Upoważniam** Pana/Panią *

Dane upoważnionego

Imię i nazwisko

PESEL

Seria i numer
dokumentu tożsamości

do otrzymywania informacji na temat mojego stanu zdrowia oraz przebiegu mojego leczenia w NZOZ Przychodnia "Łomżyńska" utworzony przez DAN-MED.

Upoważnienie jest ważne do odwołania.

2. **Nie upoważniam** żadnej osoby do otrzymywania informacji na temat mojego stanu zdrowia *

* zaznacz prawidłowe

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