

Gdańsk, dnia.....

Upoważnienie Pacjenta do wydania dokumentacji medycznej

Ja niżej podpisany / a

.....

.....

legitymujący / a się dokumentem tożsamości

.....

Numer

seria

Numer PESEL / data urodzenia upoważniającego

.....

Pana / Panią

.....

.....

legitymującego się dokumentem tożsamości

.....

Numer

seria

Numer PESEL / data urodzenia upoważnionego

.....

do odbioru dokumentacji medycznej

.....

.....

rodzaj dokumentacji medycznej

Rodzaj upoważnienia :

- Upoważnienie jednorazowe do wydania dokumentacji medycznej
- Upoważnienie stałe do wydania dokumentacji medycznej
- Upoważnienie na wypadek śmierci
- Upoważnienie do zgody równoległej do wydania dokumentacji medycznej (*zgoda równoległa jest to zgoda wyrażona równocześnie przez dziecko między 16 a 18 r.ż. i rodzica/opiekuna prawnego*)

.....

Data i czytelny podpis osoby
upoważniającej do odbioru dokumentacji

Data i podpis upoważnionego

.....

Data i czytelny podpis osoby w obecności której został złożony podpis