



Piekary Śląskie, dnia

UPOWAŻNIENIE

Ja niżej podpisany/a

PESEL: _ _ _ _ _

Upoważniam / Nikogo nie upoważniam *

Imię i nazwisko

Adres zamieszkania

Nr telefonu

do uzyskiwania informacji o moim stanie zdrowia oraz udzielonych świadczeniach zdrowotnych

.....
podpis pacjenta / pacjentki

Upoważniam / Nikogo nie upoważniam *

Imię i nazwisko

Adres zamieszkania

Nr telefonu

do uzyskiwania dokumentacji medycznej

.....
podpis pacjenta / pacjentki

**** upoważnienie obowiązuje zarówno za życia, jak i po śmierci pacjenta**

* niepotrzebne skreślić

UWAGA:

1. Upoważnienie do uzyskiwania informacji o stanie zdrowia i udzielonych świadczeniach zdrowotnych może zostać w każdej chwili odwołane, po złożeniu stosownego pisemnego oświadczenia.
2. Upoważnienie do uzyskiwania dokumentacji medycznej, może zostać w każdej chwili odwołane, po złożeniu stosownego pisemnego oświadczenia.