

**Upoważnienie do wydania
kopii dokumentacji medycznej**

miejsowość, data

Imię i nazwisko

Adres zamieszkania

ul.

nr PESEL

lub inny dokument potwierdzający tożsamość pacjenta (pole obowiązkowe w przypadku osób, które nie mają nadanego numeru PESEL np. obcokrajowców)

Nazwa dokumentu

Seria

Numer

Upoważniam do odbioru mojej dokumentacji medycznej, również po mojej śmierci:

Imię i nazwisko

nr PESEL

lub inny dokument potwierdzający tożsamość osoby upoważnionej przez pacjenta (pole obowiązkowe w przypadku osób, które nie mają nadanego numeru PESEL np. obcokrajowców)

Nazwa dokumentu

Seria

Numer

podpis pacjenta i/lub jego przedstawiciela ustawowego

podpis pracownika i data

Załącznik 1.