

## UPOWAŻNIENIA

<i>Imię i nazwisko pacjenta *</i>	
<i>Numer karty pacjenta*</i>	
<i>PESEL* a w przypadku jego braku numer dokumentu tożsamości*</i>	
<i>Adres zamieszkania pacjenta *</i>	
<i>Imię i nazwisko przedstawiciela ustawowego *</i> (drukowanymi literami <b>jeśli dotyczy</b> )	
<i>PESEL* przedstawiciela ustawowego a w przypadku jego braku numer dokumentu tożsamości*</i>	
<i>Numer telefonu *</i>	
<i>Adres e-mail *</i>	

*\* Do danych osobowych przysługuje mi prawo dostępu do ich treści oraz prawo do ich poprawiania. W celu wglądu i poprawiania danych prosimy o kontakt z placówką.*

### Upoważnienie do wydania dokumentacji medycznej

Zgodnie z art. 26 ustawy o prawach pacjenta i rzeczniku praw pacjenta

Nie upoważniam nikogo do odbioru mojej dokumentacji medycznej.

do odbioru mojej dokumentacji medycznej upoważniam:

Imię i nazwisko osoby upoważnionej: \_\_\_\_\_

Data urodzenia osoby upoważnionej: \_\_\_\_\_

Upoważnienie do uzyskiwania informacji o stanie zdrowia i udzielonych świadczeniach zdrowotnych

Zgodnie z art. 26 ustawy o prawach pacjenta i rzeczniku praw pacjenta

Nie upoważniam nikogo do uzyskiwania informacji o moim stanie zdrowia.

Do uzyskiwania informacji o moim stanie zdrowia upoważniam:

Imię i nazwisko osoby upoważnionej: \_\_\_\_\_

Data urodzenia osoby upoważnionej: \_\_\_\_\_

Upoważnienie do odbioru recept lub zlecenia na zaopatrzenie w wyroby medyczne

Zgodnie z art. 42 ust. 2 ustawy z dnia 5 grudnia 1996 r. o zawodach lekarza i lekarza dentystry

Nie upoważniam nikogo do odbioru recept w moim imieniu.

Do odbioru recept / zleceń w moim imieniu upoważniam

Imię i nazwisko osoby upoważnionej: \_\_\_\_\_

Data urodzenia osoby upoważnionej: \_\_\_\_\_

Oświadczam, że poinformowano mnie o możliwości cofnięcia udzielonych upoważnień. W celu ich zmiany prosimy o kontakt z placówką.

---

Data i czytelny podpis pacjenta/przedstawiciela ustawowego