

## UPOWAŻNIENIA

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

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

---