

WSPR w Poznaniu SPZOZ
ul. Rycerska 10
60-346 Poznań

Poznań, dnia.....

UPOWAŻNIENIE PACJENTA DO UDOSTĘPNIENIA DOKUMENTACJI MEDYCZNEJ

(proszę wypełnić czytelnie drukowanymi literami)

DANE PACJENTA:

Imię i nazwisko PESEL:

Adres:

tel.:

Ja niżej podpisana/y legitymująca/y się dowodem osobistym Seria Nr

wydanym przez

upoważniam Panią/Pana

legitymującą/ego się dowodem osobistym Seria Nr

wydanym przez

do złożenia w moim imieniu wniosku o udostępnienie dokumentacji medycznej i/lub odbioru dokumentacji
medycznej* sporządzonej w związku z udzieleniem w dniu

świadczenia opieki zdrowotnej w rodzaju:

.....
(data oraz czytelny podpis pacjenta)

.....
(data oraz czytelny podpis osoby przyjmującej upoważnienie)

* niepotrzebne skreślić