

**UPOWAŻNIENIE DO DOKUMENTACJI MEDYCZNEJ**

Imię i Nazwisko pacjenta składającego upoważnienie.………………………………………………………………………………………………………………………………………

Pesel …………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………….

Adres ……………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………

Telefon ………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………..

**UPOWAŻNIAM DO UZYSKANIA MOJEJ DOKUMENTACJI MEDYCZNEJ Z TUTEJSZEGO ZAKŁADU OPIEKI ZDROWOTNEJ, OSOBĘ:**

Imię i Nazwisko .…………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………….

Pesel …………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………….

Adres ……………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………

Telefon …………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………

 Podpis pacjenta składającego upoważnienie ………………………………………………………..

**UPOWAŻNIAM DO INFORMOWANIU O MOIM STANIE ZDROWIA I UDZIELANYCH ŚWIADCZEŃ MEDYCZNYCH PRZEZ TUTEJSZY ZAKŁAD OPIEKI ZDROWOTNEJ, OSOBĘ:**

Imię i Nazwisko .……………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………..

Pesel ………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………

Adres ……………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………..

Telefon ………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………….

 Podpis pacjenta składającego upoważnienie ………………………………………………………..