

Lubań, dnia.....

Upoważnienie do wydania dokumentacji medycznej

Upoważniająca/cy

Imię i nazwisko.....Pesel.....
Adres.....
Telefon.....

Oświadczenie upoważniającego

Upoważniam Panią/ Pana

Imię i nazwisko.....Pesel.....
Adres.....
Legitymującą/ego się dokumentem tożsamości.....
numer..... seria

Do odbioru dokumentacji medycznej takiej jak:

(właściwe zakreślić)

- wypis ze szpitala z oddziału.....za okres.....
- wynik badania radiologicznego RTG/TK* wykonanego w dniu.....
- kopia dokumentacji medycznej za okres.....

Imię i nazwisko.....Pesel.....

.....
data i podpis osoby upoważnionej

Niniejsze upoważnienie ma charakter jednorazowy

Potwierdzenie odbioru osobistego/przez osobę upoważnioną*

*(*niepotrzebne skreślić)*

- wypisu ze szpitala z oddziału.....za okres.....
- wynik badania radiologicznego RTG/TK wykonanego w dniu.....
- kopia dokumentacji medycznej za okres.....

.....
Data i czytelny podpis osoby odbierającej wypis/wynik

.....
Data i czytelny podpis osoby wydającej wypis/wynik