

Pacjent:

.....
(imię nazwisko) (PESEL)

.....
(adres zamieszkania)

UPOWAŻNIENIE
do odbioru recept / zleceń na zaopatrzenie w wyroby medyczne / wyników badań*

Ja niżej podpisany(a), niniejszym upoważniam:

1.
(imię i nazwisko) (PESEL) (nr dowodu osobistego)

2.
(imię i nazwisko) (PESEL) (nr dowodu osobistego)

3.
(imię i nazwisko) (PESEL) (nr dowodu osobistego)

do odbioru recept / zleceń na zaopatrzenie medyczne / wyników badań* wystawionych w ramach realizacji mojego prawa do świadczeń medycznych zgodnie z art. 42 Ust.2 ustawy z dnia 5 grudnia 1996r. o zawodach lekarza i lekarza dentystry (t.j. Dz. U. z 2011 r. Nr 277, poz. 1634 z późn. zm.)

.....
(miejsceowość, data)

.....
(czytelny podpis)

OŚWIADCZENIE PACJENTA

Ja, niżej podpisany
(imię nazwisko)

upoważniam do otrzymywania informacji o stanie mojego zdrowia i udzielonych świadczeniach zdrowotnych (łącznie z dokumentacją medyczną), a także do uzyskania dokumentacji medycznej w razie mojej śmierci następujące osoby:

Imię i nazwisko

Adres zamieszkania

.....
(podpis pacjenta)