

PRZYCHODNIA SPECJALISTYCZNA W KSIĄŻENICACH

ul. Mazowiecka 136A, 05-825 Grodzisk Mazowiecki
tel. 22 755 60 08, 22 728 62 26

UPOWAŻNIENIE OSOBY BLISKIEJ

do uzyskiwania informacji o stanie zdrowia i odbioru dokumentacji medycznej

Ja niżej podpisany(a): _____

PESEL: _____

Adres: _____

Telefon kontaktowy: _____

niniejszym upoważniam: _____

PESEL osoby upoważnionej: _____

Adres: _____

Telefon kontaktowy: _____

do:

- ☒ uzyskiwania informacji o stanie mojego zdrowia, udzielanych świadczeniach zdrowotnych oraz planowanym leczeniu,
- ☒ odbioru w moim imieniu dokumentacji medycznej z PRZYCHODNI SPECJALISTYCZNEJ W KSIĄŻENICACH.

Upoważnienie obowiązuje od dnia: _____ do dnia: _____ (lub do odwołania).

Data i podpis pacjenta / przedstawiciela ustawowego:

Oświadczam, że zostałem(am) poinformowany(a) o prawie do odwołania niniejszego upoważnienia w dowolnym momencie.