

UPOWAŻNIENIE do odbioru dokumentacji medycznej

Ja, niżej podpisany/a
(imię i nazwisko)

PESEL

legitymujący/a się dowodem osobistym seria..... numer

upoważniam

.....
(imię i nazwisko)

PESEL.....

legitymującego/cą się dowodem osobistym seria..... numer

do odbioru z Zakładu Pielęgnacyjno – Opiekuńczego im. Św. Józefa w Pleszewie

dokumentacji medycznej dotyczącej:

mojej osoby

osoby, w stosunku do której jestem ustanowionym sądownie opiekunem prawnym t.j.

.....
(imię i nazwisko tej osoby, Pesel)

innej osoby

(imię i nazwisko tej osoby, Pesel)

Rodzaj dokumentacji medycznej (np. historia choroby, karta informacyjna, wyniki badań, inna).....

.....

.....

.....
data i czytelny podpis osoby upoważniającej

Sprawdzono tożsamość osoby upoważnionej

.....
data i czytelny podpis osoby wydającej dokumentację medyczną