Kraków, dn. …………………………………………….

UPOWAŻNIENIE

Imię i nazwisko pacjenta: ……………………………………………………………………..………………………

Adres: …………………………………………………..……..…………………………..………………….………………

Nr PESEL: ………………………………..………………………

1. Do uzyskiwania informacji o moim stanie zdrowia i przebiegu leczenia

 nie upoważniam nikogo / upoważniam\* następujące osoby:

…………………………………………………………………………….

……………………………………………………………….…….…..…… ……………………………….

………………………………………………................................... (podpis pacjenta)

2. Do dostępu do mojej dokumentacji medycznej

 nie upoważniam nikogo / upoważniam\* następującą osobę:

………………………………………………………………..………..…… ………………………………..

………………………………………………..........................……… (podpis pacjenta)

\* - niepotrzebne skreślić