

.....
oznaczenie/pieczęć podmiotu leczniczego
(nazwa, adres, REGON, tel.)

UPOWAŻNIENIE

Ja, niżej podpisany(a),

zam.:

PESEL: nr dok. tożsamości:

1. za mojego życia¹ i po mojej śmierci¹ do uzyskiwania INFORMACJI O MOIM STANIE ZDROWIA I UDZIELONYCH ŚWIADCZENIACH ZDROWOTNYCH,:

A. UPOWAŻNIAM NASTĘPUJĄCE OSOBY

(co najmniej imię, nazwisko i dane kontaktowe)

1.

2.

3.

czytelny podpis:

B. NIE UPOWAŻNIAM NIKOGO

czytelny podpis:

2. za mojego życia¹ i po mojej śmierci¹ do uzyskiwania DOSTĘPU DO DOKUMENTACJI MEDYCZNEJ:

A. UPOWAŻNIAM NASTĘPUJĄCE OSOBY

(co najmniej imię i nazwisko)

1.

2.

3.

czytelny podpis:

B. NIE UPOWAŻNIAM NIKOGO

czytelny podpis:

3. do ODBIORU RECEPT, ZLECEŃ LUB WYDRUKÓW, o których mowa w art. 42 ust. 3 ustawy z dnia 5 grudnia 1996 r. o zawodach lekarza i lekarza dentystry:

A. UPOWAŻNIAM NASTĘPUJĄCE OSOBY

(co najmniej imię i nazwisko)

1.

2.

3.

i czynię to jednorazowo/bezterminowo²

czytelny podpis:

B. UPOWAŻNIAM OSOBY TRZECIE, BEZ SZCZEGÓŁOWEGO ICH OKREŚLANIA

czytelny podpis:

C. NIE UPOWAŻNIAM NIKOGO

czytelny podpis:

1. Jeśli niezgodne z wolą składającego oświadczenie – skreślić.

2. Niepotrzebne skreślić.