

UPOWAŻNIENIE PACJENTA DO UDOSTĘPNIENIA DOKUMENTACJI MEDYCZNEJ

Ja niżej podpisany/na
imię i nazwisko

PESEL data urodzenia

Zamieszkały/ła:

.....

adres

legitymujący/a się dok. tożsamości seria nr
rodzaj dokumentu

UPOWAŻNIAM PANA/IA
imię i nazwisko Upoważnionego

Zamieszkałego/łą
adres

legitymującego/cą się dok. tożsamości seria nr
rodzaj dokumentu

do:

wglądu w siedzibie Uniwersyteckiego Centrum Klinicznego im. prof. K. Gibińskiego Śląskiego Uniwersytetu Medycznego w Katowicach*/ odbioru kopii, wydruku, wyciągu lub odpisu*/ odbioru oryginału*/ odbioru za pośrednictwem środków komunikacji elektronicznej*/ odbioru skanu na elektronicznym nośniku danych*/przesłania dokumentacji medycznej dotyczącej mojego stanu zdrowia.

.....
data

.....
czytelny podpis Osoby upoważniającej

*niepotrzebne skreślić