

UPOWAŻNIENIE DOTYCZĄCE UDOSTĘPNIENIA DOKUMENTACJI MEDYCZNEJ

.....
(imię i nazwisko pacjenta)

.....
(PESEL)

.....
(Adres zamieszkania)

.....
(numer telefonu)

Stosownie do treści art. 26 ust. 1 ustawy z dnia 6.11.2008 r. o prawach pacjenta i Rzecznik Praw Pacjenta, osobami upoważnionymi o uzyskania mojej dokumentacji medycznej są : (proszę podać imię i nazwisko, adres zamieszkania oraz numer telefonu do osoby upoważnionej).

1.
2.
3.

Stosownie do treści art. 26 ust. 1 ustawy z dnia 6.11.2008 r. o prawach pacjenta i Rzecznik Praw Pacjenta, osobami upoważnionymi o uzyskania mojej dokumentacji medycznej po mojej śmierci są (proszę podać imię i nazwisko, adres zamieszkania oraz numer telefonu do osoby upoważnionej).

1.
2.
3.

Osobami upoważnionymi do uzyskania informacji o stanie zdrowia i udzielonych mi świadczeniach medycznych są : (proszę podać imię i nazwisko, adres zamieszkania oraz numer telefonu do osoby upoważnionej).

1.
2.
3.

PRAKTYKA LEKARZY RODZINNYCH
Spółka z o.o.
83-304 PRZODKOWO, ul. Kartuska 24
NIP 589-17-10-940, REGON 191946861
tel. 58 681 96 94, 11/000140/POZ/13/19

.....
(pieczętka poradni)

.....
(data i czytelny podpis pacjenta/opiekuna prawnego)