

Instrukcja w sprawie udostępniania dokumentacji medycznej

**Upoważnienie  
do odbioru dokumentacji medycznej**

1. Miejscowość, data.....

2. Imię i nazwisko pacjenta.....

3. PESEL.....

---

4. Ja, niżej podpisany upoważniam do odbioru mojej dokumentacji medycznej Pana (-i):  
Imię i Nazwisko.....

PESEL.....

Telefon.....

5. Upoważnienie jest jednorazowe.

6. Osoba upoważniona do odbioru dokumentacji medycznej musi okazać dowód tożsamości ze zdjęciem.

---

.....  
Data i czytelny podpis pacjenta