



OŚWIADCZENIE O UPOWAŻNIENIU DO UZYSKIWANIA DOKUMENTACJI MEDYCZNEJ

Dane osoby, której dokumentacja medyczna dotyczy:

.....
imię i nazwisko

.....
dowód osobisty – numer

.....
PESEL

.....
data wystawienia upoważnienia

Upoważniam niżej wskazaną (wskazane) osobę (osoby) do uzyskiwania dokumentacji medycznej:

Dane osoby upoważnionej:	Dane osoby upoważnionej:
..... imię i nazwisko imię i nazwisko
..... dowód osobisty – numer dowód osobisty – numer
..... PESEL PESEL

Upoważnienie niniejsze obejmuje *:

- dokumentację medyczną z całego procesu leczenia pacjenta
- dokumentację medyczną z wybranych okresów leczenia.....
- inną dokumentację, jaką?.....

Podpis pacjenta lub jego przedstawiciela ustawowego

* w przypadku nie wskazania zakresu upoważnienia będzie ono traktowane, jako równoznaczne z upoważnieniem do uzyskiwania całej dokumentacji medycznej chyba, że pacjent / przedstawiciel ustawowy pacjenta zmieni treść oświadczenia poprzez np. złożenie nowego, odwołującego poprzednie.