Upoważnienie do wglądu do dokumentacji medycznej

Ja niżej podpisany/a

Dane pacjenta

Imię i nazwisko

PESEL

☐ 1. **Upoważniam** Pana/Panią *

Dane upoważnionego

Imię i nazwisko

PESEL

☐ do wglądu do dokumentacji medycznej, *

☐ do uzyskania wydruku lub kserokopii dokumentacji medycznej *

☐ 2. **Nie upoważniam** żadnej osoby do wglądu do mojej dokumentacji medycznej, uzyskania wydruku lub kserokopii.

Pacjent został poinformowany o wszystkich swoich prawach i otrzymał odpowiednią ilość czasu do wypełnienia formularza.

Powyższe upoważnienie zostanie zeskanowane do indywidualnej wewnętrznej dokumentacji medycznej pacjenta.

data — czytelny podpis osoby składającej upoważnienie

data — podpis pracownika przyjmującego upoważnienie