

Upoważnienie do przekazywania informacji o stanie zdrowia pacjenta i przebiegu leczenia

Ja niżej podpisany/a

Dane pacjenta

Imię i nazwisko

PESEL

☐ 1. **Upoważniam** Pana/Panią *

Dane upoważnionego

Imię i nazwisko

PESEL

☐ 2. **Nie upoważniam** żadnej osoby do otrzymywania informacji na temat mojego stanu zdrowia *

* zaznacz prawidłowe

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

data

czytelny podpis osoby składającej upoważnienie

data

podpis pracownika przyjmującego upoważnienie