

**UPOWAŻNIENIE PACJENTA DO DOSTĘPU  
DO DOKUMENTACJI MEDYCZNEJ**

Ja niżej podpisana .....

legitymująca się dokumentem tożsamości .....

numer..... seria.....

numer PESEL (upoważniającego) .....

upoważniam Pana / Panią .....

legitymującego się dokumentem tożsamości .....

numer..... seria.....

numer PESEL (upoważnionego).....

do uzyskiwania dostępu do dotyczącej mnie dokumentacji medycznej.

Upoważnienie obejmuje prawo do:

- odbioru\*
- wglądu\*
- uzyskiwania kopii\*
- wyciągów\* lub odpisów
- inne:.....

.....  
data i czytelny podpis osoby upoważniającej

.....  
czytelny podpis osoby upoważnionej

Niniejsze upoważnienie ma charakter :

- jednorazowy\*
- stały\*

.....  
data i czytelny podpis osoby upoważniającej

\*właściwie zakreślić