

UPOWAŻNIENIE PACJENTA DO UDOSTĘPNIENIA DOKUMENTACJI MEDYCZNEJ

Ja niżej podpisany/na
imię i nazwisko

PESEL											
-------	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--

UPOWAŻNIAM PANA/IĄ
imię i nazwisko Upoważnionego

PESEL											
-------	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--

do:

wglądu w siedzibie lub miejscu udzielania świadczeń zdrowotnych Uniwersyteckiego Centrum Klinicznego im. prof. K. Gibińskiego Śląskiego Uniwersytetu Medycznego w Katowicach*/ odbioru kopii, wydruku, wyciągu lub odpisu*/ odbioru oryginału*/ odbioru za pośrednictwem środków komunikacji elektronicznej*/ odbioru skanu na elektronicznym nośniku danych*/przesłania dokumentacji medycznej dotyczącej mojego stanu zdrowia.

.....
data

.....
czytelny podpis Osoby upoważniającej

*niepotrzebne skreślić