



Oświadczenie pacjenta

imię i nazwisko....., PESEL

--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--

Upoważniam Panią /Pana

imię i nazwisko....., PESEL

--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--

do odbioru mojej dokumentacji medycznej:

(właściwie zaznaczyć znakiem **X**)

	historii choroby/ historii zdrowia i choroby –	
	recepty na leki / wyroby medyczne	
	zlecenia na zaopatrzenie w wyroby medyczne	
	wyniku badania RTG/TK/USG (niepotrzebne skreślić)	Odbiór wyników: <ul style="list-style-type: none"> ▪ w Pracowni RTG/TK/USG poniedziałek - piątek w godz. 10:00 - 18:00 ▪ w Pracowni Diagnostyki Mikrobiologicznej poniedziałek - piątek w godz. 13:00 - 18:30 ▪ w Centralnym Laboratorium Analitycznym poniedziałek - piątek w godz. 12:00 - 15:00 oraz 17:00 - 19:00 sobota - niedziela w godz. 13:00 - 16:00 ▪ w Pracowni Endoskopii poniedziałek - piątek w godz. 7:00 - 8:00 oraz 14:00 - 15:00 ▪ w Powiatowej Przychodni Zdrowia poniedziałek - piątek w godz. 07:00 - 18:00
	wyników badań mikrobiologicznych	
	wyników badań analitycznych	
	wyniku badania endoskopowego	
	innego wyniku:	

Upoważnienie jest ważne od dnia.....do dnia.....

Podstawa prawna:

- Ustawa z dnia 6 listopada 2008r. o prawach pacjenta i Rzeczniku Praw pacjenta (t.j.: Dz. U. z 2020 r. poz. 849).

Uwaga: osoba upoważniona może odebrać dokumentację medyczną za okazaniem dowodu tożsamości z numerem PESEL.

.....
miejsowość, data

.....
czytelny podpis pacjenta (imię i nazwisko)



Oświadczenie pacjenta

imię i nazwisko....., PESEL

Upoważniam Panią /Pana

imię i nazwisko....., PESEL

do odbioru mojej dokumentacji medycznej:

(właściwie zaznaczyć znakiem **X**)

<input type="checkbox"/>	historii choroby/ historii zdrowia i choroby -	
<input type="checkbox"/>	recepty na leki / wyroby medyczne	
<input type="checkbox"/>	zlecenia na zaopatrzenie w wyroby medyczne	
<input type="checkbox"/>	wyniku badania RTG/TK/USG (niepotrzebne skreślić)	Odbiór wyników: <ul style="list-style-type: none"> ▪ w Pracowni RTG/TK/USG poniedziałek - piątek w godz. 10:00 - 18:00 ▪ w Pracowni Diagnostyki Mikrobiologicznej poniedziałek - piątek w godz. 13:00 - 18:30 ▪ w Centralnym Laboratorium Analitycznym poniedziałek - piątek w godz. 12:00 - 15:00 oraz 17:00 - 19:00 sobota - niedziela w godz. 13:00 - 16:00 ▪ w Pracowni Endoskopii poniedziałek - piątek w godz. 7:00 - 8:00 oraz 14:00 - 15:00 ▪ w Powiatowej Przychodni Zdrowia poniedziałek - piątek w godz. 07:00 - 18:00
<input type="checkbox"/>	wyników badań mikrobiologicznych	
<input type="checkbox"/>	wyników badań analitycznych	
<input type="checkbox"/>	wyniku badania endoskopowego	
<input type="checkbox"/>	innego wyniku:	

Upoważnienie jest ważne od dnia.....do dnia.....

Podstawa prawna:

- Ustawa z dnia 6 listopada 2008r. o prawach pacjenta i Rzeczniku Praw pacjenta (t.j.: Dz. U. z 2020 r. poz. 849).

Uwaga: osoba upoważniona może odebrać dokumentację medyczną za okazaniem dowodu tożsamości z numerem PESEL.

.....
miejsowość, data

.....
czytelny podpis pacjenta (imię i nazwisko)