

....., dnia 20..... r.

.....
oznaczenie/pieczęć podmiotu leczniczego
(nazwa, adres, REGON, tel.)

UPOWAŻNIENIE

Ja, niżej podpisany(a),

zam.:

PESEL: nr dok. tożsamości:

1. za mojego życia¹ i po mojej śmierci¹ do uzyskiwania **INFORMACJI O MOIM STANIE ZDROWIA I UDZIELONYCH ŚWIADCZENIACH ZDROWOTNYCH**;

A. UPOWAŻNIAM NASTĘPUJĄCE OSOBY
(co najmniej imię, nazwisko i dane kontaktowe)

1.

2.

3.

czytelny podpis:

B. NIE UPOWAŻNIAM NIKOGO

czytelny podpis:

2. za mojego życia¹ i po mojej śmierci¹ do uzyskiwania **DOSTĘPU DO DOKUMENTACJI MEDYCZNEJ**:

A. UPOWAŻNIAM NASTĘPUJĄCE OSOBY
(co najmniej imię i nazwisko)

1.

2.

3.

czytelny podpis:

B. NIE UPOWAŻNIAM NIKOGO

czytelny podpis:

3. do **ODBIORU RECEPT, ZLECEŃ LUB WYDRUKÓW**, o których mowa w art. 42 ust. 3 ustawy z dnia 5 grudnia 1998 r. o zawodach lekarza i lekarza dentysty:

A. UPOWAŻNIAM NASTĘPUJĄCE OSOBY
(co najmniej imię i nazwisko)

1.

2.

B. UPOWAŻNIAM OSOBY TRZECIE, BEZ SZCZEGÓŁOWEGO ICH OKREŚLANIA

czytelny podpis:

3.

I czynię to jednorazowo/bezterminowo²

czytelny podpis:

C. NIE UPOWAŻNIAM NIKOGO

czytelny podpis:

niepotrzebne skreślić.