SZPITAL JOANNITAS W PSZCZYNIE

UPOWAŻNIENIE DO ODBIORU DOKUMENTACJI MEDYCZNEJ

Ja niżej podpisany/a

.....

imię i nazwisko

nr PESEL: .....

upoważniam: .....

imię i nazwisko

nr PESEL: .....

do odbioru:.....

.....*

Niniejsze upoważnienie ma charakter jednorazowy.

....

Miejscowość i data czytelny podpis pacjenta/ opiekuna prawnego

*proszę wpisać zakres wnioskowanej dokumentacji medycznej, *np. wyniki badań TK, wyniki badań laboratoryjnych z dnia 01.02.2025, kopia dokumentacji z pobytu w Oddziale chorób wewnętrznych w dniach 22 – 25.09.2025*, itp.