



Finezja

Wielospecjalistyczne Centrum
Chirurgii Ambulatoryjnej

IMIĘ, NAZWISKO, NR PESEL PACJENTA

.....

1. Upoważnienie osoby trzeciej do uzyskania informacji o stanie zdrowia pacjenta

Niniejszym upoważniam panią/pana **do uzyskania informacji** o stanie mojego zdrowia oraz o udzielonych mi świadczeniach zdrowotnych:

.....
Imię, nazwisko, numer telefonu oraz nr dow. osobistego osoby upoważnianej

.....
Data i podpis pacjenta

2. Upoważnienie osoby trzeciej do uzyskania dokumentacji medycznej dotyczącej stanu zdrowia pacjenta oraz udzielonych świadczeń zdrowotnych

Niniejszym upoważniam panią/pana **do uzyskania dokumentacji medycznej** dotyczącej stanu mojego zdrowia oraz udzielonych mi świadczeń zdrowotnych:

.....
Imię, nazwisko, numer telefonu oraz nr dow. osobistego osoby upoważnianej

.....
Data i podpis pacjenta