

Upoważnienie do udzielania informacji o pacjencie

**Ja, niżej podpisany**

.....

**upoważniam Panią/Pana**

Imię i Nazwisko.....legitymującego się

dowodem osobistym .....

do odbierania mojej dokumentacji medycznej oraz uzyskiwania informacji na temat mojego stanu  
zdrowia.

\_\_\_\_\_  
Data, podpis pacjenta