

**UPOWAŻNIENIE DO ODBIORU DOKUMENTÓW****DANE PACJENTA:**

Imię Pacjenta: .....

Nazwisko: .....

PESEL lub data i miejsce urodzenia: .....

**DANE OSOBY, KTÓRĄ PACJENT UPOWAŻNIA:**

Imię osoby upoważnionej: .....

Nazwisko osoby upoważnionej: .....

Dodatkowe informacje pozwalające na ustalenie tożsamości osoby upoważnionej (data i miejsce urodzenia lub numer dokumentu tożsamości - dowodu osobistego, paszportu, prawa jazdy, legitymacji szkolnej):  
.....

Działając na podstawie art. 26 ust. 1 ustawy o prawach pacjenta i Rzeczniku Praw Pacjenta w związku z przepisami wykonawczymi wydawanymi na podstawie art. 30 ust. 1 wskazanej ustawy upoważniam wyżej wymienioną osobę do:

- odbioru moich recept\*  
 odbioru moich zleceń na wyroby medyczne\*  
 odbioru moich skierowań na badania\*  
 odbioru mojej dokumentacji medycznej\*  
 innych: .....

 jednorazowo w dniu .....\* na okres od ..... do .....\* na stałe\*

\* zaznaczyć właściwe

.....  
Data złożenia oświadczenia.....  
Czytelny podpis Pacjenta