

....., dnia .....

### Upoważnienie do odbioru dokumentacji medycznej

1. Imię i nazwisko pacjenta, którego dokumentacja dotyczy: .....

2. Adres zamieszkania: .....

.....

3. Nr PESEL:

--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--

4. Ja, niżej podpisana(ny), legitymująca(cy) się dowodem osobistym seria ..... nr .....,  
działając na podstawie art. 26 ust. 1 i 2 ustawy z dnia 6 listopada 2008 r. o prawach pacjenta  
i Rzeczniku Praw Pacjenta, upoważniam Panią/Pana .....,  
nr PESEL ....., legitymująca(cego) się:

dowodem osobistym\*) seria ..... nr .....

paszportem\*) seria ..... nr .....

do odbioru mojej dokumentacji medycznej, o której udostępnienie złożyłam(łem) wniosek  
w dniu .....

.....  
(data i czytelny podpis pacjenta)

.....  
(data i podpis pracownika przyjmującego upoważnienie)

\*) właściwe zaznaczyć X