



## UPOWAŻNIENIE DO UDOSTĘPNIANIA DOKUMENTACJI MEDYCZNEJ

Imię i nazwisko .....

PESEL

**Upoważniam Panią/Pana** .....

*imię i nazwisko osoby upoważnionej*

do odbioru i dostępu do mojej dokumentacji medycznej w pracowni Diagnostyki Obrazowej WSSz. im. M. Pirogowa w Łodzi.

Telefon osoby upoważnionej .....

Adres osoby upoważnionej .....

.....

*data*

.....

*podpis pacjenta*

**Nie upoważniam nikogo** do odbioru i dostępu do mojej dokumentacji medycznej w pracowni Diagnostyki Obrazowej WSSz. im. M. Pirogowa w Łodzi.

.....

*data*

.....

*podpis pacjenta*



## UPOWAŻNIENIE DO UDOSTĘPNIANIA INFORMACJI O STANIE ZDROWIA

Imię i nazwisko .....

PESEL

**Upoważniam Panią/Pana** .....

*imię i nazwisko osoby upoważnionej*

do uzyskania informacji o moim stanie zdrowia w pracowni Diagnostyki Obrazowej WSSz. im. M. Pirogowa w Łodzi.

Telefon osoby upoważnionej .....

Adres osoby upoważnionej .....

.....

*data*

.....

*podpis pacjenta*

**Nie upoważniam nikogo** do uzyskania informacji o moim stanie zdrowia w pracowni Diagnostyki Obrazowej WSSz. im. M. Pirogowa w Łodzi.

.....

*data*

.....

*podpis pacjenta*