



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 Endoskopowej 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 Endoskopowej 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 Endoskopowej 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
Endoskopowej WSSz. im. M. Pirogowa w Łodzi.

.....

data

.....

podpis pacjenta