



# SPECJALISTYCZNY OŚRODEK OKULISTYCZNY

dr n. med. Małgorzata Jarzębińska-Večeřova Sp.J.

## Upoważnienie Pacjenta do wydania dokumentacji medycznej

Ja niżej podpisany / na

.....  
legitymujący / ca się dokumentem tożsamości

.....  
Numer ..... seria.....

Numer PESEL / data urodzenia upoważniającego

.....  
upoważniam Pana / Panią

.....  
legitymującego się dokumentem tożsamości

.....  
Numer ..... seria.....

Numer PESEL / data urodzenia upoważnionego

.....  
do odbioru dokumentacji medycznej

.....  
*rodzaj dokumentacji medycznej*

Rodzaj upoważnienia \* :

- Upoważnienie jednorazowe do wydania dokumentacji medycznej
- Upoważnienie stałe do wydania dokumentacji medycznej
- Upoważnienie na wypadek śmierci
- Upoważnienie do zgody równoległej do wydania dokumentacji medycznej  
*(zgoda równoległa jest to zgoda wyrażona równocześnie przez dziecko między 16 a 18 r.ż. i rodzica/opiekuna prawnego)*

.....  
Data i czytelny podpis osoby  
upoważniającej do odbioru dokumentacji

.....  
Data i podpis upoważnionego

.....  
Data i czytelny podpis osoby, w obecności której został złożony podpis

\* *właściwie zaznaczyć*