Toruń, dnia .....

.....
imię i nazwisko

PESEL

Upoważniam do uzyskiwania informacji o moim stanie zdrowia i udzielonych mi świadczeniach zdrowotnych:

.....
imię i nazwisko

|__|__|__|__|__|__|__|__|__|__|__| lub data urodzenia.....
PESEL

adres zamieszkania..... lub telefon.....

.....
podpis pacjenta lub przedstawiciela ustawowego

Upoważniam do uzyskiwania dokumentacji medycznej dotyczącej udzielonych mi świadczeń:

.....
imię i nazwisko

|__|__|__|__|__|__|__|__|__|__|__| lub data urodzenia.....
PESEL

.....
podpis pacjenta lub przedstawiciela ustawowego

Proszę wybrać jedną z opcji poniżej:

☐ Upoważniam do odbioru recept lub zleceń:

.....
imię i nazwisko

|__|__|__|__|__|__|__|__|__|__|__| lub data urodzenia.....
PESEL

☐ Recepty lub zlecenia mogą być odbierane przez dowolne osoby działające w moim imieniu

.....
podpis pacjenta lub przedstawiciela ustawowego