



CENTRUM MEDYCZNE ŻELAZNA  
Szpital i Przychodnia św. Zofii

## UPOWAŻNIENIE

pacjenta      przedstawiciela ustawowego / opiekuna prawnego

do wydania dokumentacji medycznej

**BARDZO PROSIMY WYPEŁNIĆ ELEKTRONICZNIE LUB DRUKOWANYMI LITERAMI**

Upoważnienie do wydania dokumentacji medycznej wymagane jest w przypadku upoważnienia osoby innej, niż wskazana w dokumentacji medycznej

### JA NIŻEJ PODPISANA/Y

NAZWISKO

IMIĘ

ADRES  
ZAMIESZKANIA

INNE DANE UMOŻLIWIAJĄCE IDENTYFIKACJĘ OSOBY  
UPOWAŻNIAJĄCEJ W OPARCIU O DOWÓD OSOBISTY  
LUB INNY DOKUMENT URZĘDOWY ZE ZDJĘCIEM

PESEL LUB DATA URODZENIA

### UPOWAŻNIAM

NAZWISKO

IMIĘ

ADRES  
ZAMIESZKANIA

INNE DANE UMOŻLIWIAJĄCE IDENTYFIKACJĘ OSOBY  
UPOWAŻNIAJĄCEJ W OPARCIU O DOWÓD OSOBISTY  
LUB INNY DOKUMENT URZĘDOWY ZE ZDJĘCIEM

PESEL LUB DATA URODZENIA

### do odbioru dokumentacji medycznej

mojej

mojego dziecka

IMIĘ I NAZWISKO PACJENTA

PESEL LUB DATA URODZENIA  
PACJENTA

miejscowość i data

czytelny (własnoręczny) podpis pacjenta/ przedstawiciela ustawowego