



**UPOWAŻNIENIE
DO UZYSKANIA DOKUMENTACJI MEDYCZNEJ
w Gminnym Centrum Medycznym Trzebnica-Zdrój Sp. z o.o.
55-100 Trzebnica, ul. Kościuszki 10**

Ja
IMIĘ, NAZWISKO, PESEL

1. Do otrzymywania informacji/recept/dokumentacji/ medycznej o stanie mojego zdrowia i udzielonych świadczeniach zdrowotnych upoważniam:

Imię i nazwisko
PESEL
Numer kontaktowy

2. Oświadczam, że w przypadku mojej śmierci do uzyskania dokumentacji medycznej :

a) upoważniam * :

Imię i nazwisko
PESEL
Numer kontaktowy

b) nie wyrażam zgody na udostępnienie mojej dokumentacji medycznej. *

* *niewłaściwe skreślić*

.....
DATA I PODPIS PACJENTA