



NZOZ Praktyka Lekarza Rodzinnego „Życie” s.c.
A. Dzioba, I. Nieznańska, D. Tokarska
tel. 81 442 92 20, 81 442 92 22
e-mail: zycieplr@gmail.com

UPOWAŻNIENIE

do udzielenia informacji o stanie zdrowia, odbierania recept i zleceń
oraz dostępu do dokumentacji medycznej, również po śmierci pacjenta

Nazwisko i imię pacjenta

Pesel pacjenta:

☐ Osoby upoważnione*:

Nazwisko i imię:

Pesel:

Nr tel.:

Nazwisko i imię:

Pesel:

Nr tel.:

Nazwisko i imię:

Pesel:

Nr tel.:

☐ Nie upoważniam nikogo do uzyskiwania informacji o stanie mojego
zdrowia i udzielonych świadczeniach zdrowotnych.*

☐ Proszę o anulowanie moich poprzednich oświadczeń dotyczących
upoważnienia innych osób.*

Data

(Czytelny podpis pacjenta)

* właściwie zaznaczyć ☒

Upoważnienie

(24) Drukarnia PUNKTORAF II Lublin, ul. Łęczyńska 51, tel./fax 81 746-09-86