

Pełnomocnictwo do reprezentacji Pacjenta przez osobę upoważnioną podczas wizyty lekarskiej

Miejscowość i data

Dane Pacjenta:

Imię i nazwisko:

Numer PESEL:

Adres zamieszkania:

Numer telefonu:

Adres email:

Dane osoby upoważnionej:

Imię i nazwisko:

Numer PESEL:

Numer telefonu:

Adres email:

Zakres pełnomocnictwa:

1. Pacjent upoważnia osobę upoważnioną do reprezentowania go podczas wizyty lekarskiej
2. Osoba upoważniona ma prawo do:
 1. udziału w wizycie lekarskiej w zastępstwie Pacjenta,
 2. przedkładania podczas wizyty lekarskiej posiadanej dokumentacji medycznej Pacjenta i udzielania informacji o stanie zdrowia Pacjenta,
 3. uzyskania informacji o stanie zdrowia Pacjenta,
 4. uzyskania dokumentacji medycznej Pacjenta.

Pełnomocnictwo jest: jednorazowe / stałe

(niepotrzebne skreślić)

Podpis Pacjenta

Podpis osoby upoważnionej

