

**UPOWAŻNIENIE DO WYDANIA WYNIKÓW BADAŃ LUB
KOPII DOKUMENTACJI MEDYCZNEJ**

Toruń, dnia

.....
(imię i nazwisko)

.....
(adres)

.....
(numer PESEL)

Ja niżej podpisany oświadczam, że wyrażam zgodę na wydanie ze Szpitala Specjalistycznego Matopat:

1. wyników moich badań*
2. wyniku badania histopatologicznego
3. wyniku badania rtg
4. kserokopii dokumentacji ambulatoryjnej
5. karty wypisowej
6. kserokopii dokumentacji szpitalnej
7. wyników badań laboratoryjnych wykonanych w Laboratorium Vitalabo
8.

Pani/Panu

.....
.....

Legitymującej/cemu się dowodem osobistym nr.....

Wydanym przez.....

.....
Data i podpis Pacjenta

.....
(data i podpis osoby przyjmującej upoważnienie)

* niepotrzebne skreślić

OP-8/ODB; Aktualizacja 02.06.2015 r.