



DATA I MIEJSCOWOŚĆ

Upoważnienie do odbioru wyników badań

PRZY ODBIORZE WYNIKÓW NALEŻY OKAZAĆ DOKUMENT TOŻSAMOŚCI OSOBY UPOWAŻNIONEJ

Dane pacjenta:

Imię i nazwisko: _____

Nr PESEL:

--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--

Adres zamieszkania: _____
[ULICA, KOD POCZTOWY, MIEJSCOWOŚĆ]

Data badania:

D	D	M	M	R	R	R	R	R	R
---	---	---	---	---	---	---	---	---	---

Rodzaj badania: LABORATORIUM / RTG / MMG / BIOPSJA CIENKOIGŁOWA / _____
[ZAZNACZYĆ WŁAŚCIWE]

Zgodnie z art. 26 ust. 1. Ustawy z dnia 6 listopada 2008 r. o prawach pacjenta i Rzeczniku Praw Pacjenta
(Dz.U. z 2012 r. poz. 159 z późniejszymi zmianami) upoważniam:

Dane osoby upoważnionej:

Imię i nazwisko: _____

Nr PESEL:

--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--

Adres zamieszkania: _____
[ULICA, KOD POCZTOWY, MIEJSCOWOŚĆ]

PODPIS OSOBY UPOWAŻNIONEJ

PODPIS PACJENTA / OPIEKUNA