

Gdynia,

.....
Imię i nazwisko pacjenta

.....
PESEL

**UPOWAŻNIENIE DO ODBIORU WYNIKÓW BADAŃ, RECEPT I ZLECEŃ NA WYROBY MEDYCZNE
WYSTAWIONYCH W RAMACH KONTYNUACJI LECZENIA ORAZ DO UDZIELANIA INFORMACJI
O STANIE MOJEGO ZDROWIA**

Oświadczam, że do odbioru wyników moich badań, recept na leki i zleceń na wyroby medyczne, wystawione dla mnie w ramach kontynuacji leczenia oraz do udzielania informacji o stanie mojego zdrowia upoważniam:

następujące osoby*:

.....
 osoby trzecie, bez szczegółowego wskazania tych osób*.

Przyjmuję do wiadomości i rozumiem, że kontynuacja recepty lub zlecenia, które może odebrać dla mnie inna osoba, może mieć miejsce tylko w przypadku leków lub wyrobów medycznych, które zostały mi już wcześniej przepisane przez lekarza na podstawie osobistego badania, i których potrzeba kontynuacji wynika z posiadanej przez lekarza dokumentacji medycznej.

*właściwe zakreślić

.....
podpis pacjenta