



**WYKAZ OSÓB SPRAWUJĄCYCH OPIEKĘ FAKTYCZNĄ/
PRZEDSTAWICIELI USTAWOWYCH PENSJONARIUSZA/
OSÓB, KTÓRE MOGĄ UZYSKAĆ INFORMACJE DOTYCZĄCE STANU ZDROWIA**

.....
Imię i nazwisko Mieszkańca

☐ Nie upoważniam nikogo

Osoby upoważnione:

Dane 1. osoby/instytucji upoważnionej

- ☐ opiekun faktyczny
☐ przedstawiciel ustawowy

IMIĘ I NAZWISKO/NAZWA	
PESEL	
KOD POCZTOWY	
MIEJSCOWOŚĆ	
ULICA	
NR DOMU/LOK.	
TELEFON/ADRES E-MAIL	

Upoważnienie do:

- ☐ informacji o stanie zdrowia
☐ odbioru kopii dokumentacji medycznej
☐ odbioru recept/zleceń na zaopatrzenie w wyroby medyczne
☐ otrzymania dokumentacji po śmierci

Dane 2. osoby/instytucji upoważnionej

- ☐ opiekun faktyczny
☐ przedstawiciel ustawowy

IMIĘ I NAZWISKO/NAZWA	
PESEL	
KOD POCZTOWY	
MIEJSCOWOŚĆ	
ULICA	
NR DOMU/LOK.	
TELEFON/ADRES E-MAIL	

Upoważnienie do:

- ☐ informacji o stanie zdrowia
☐ odbioru kopii dokumentacji medycznej
☐ odbioru recept/zleceń na zaopatrzenie w wyroby medyczne
☐ otrzymania dokumentacji po śmierci

Miejscowość:

Data:

Podpis Mieszkańca
lub opiekuna faktycznego/przedstawiciela ustawowego

.....