

**Załącznik nr 6**

.....  
*imię i nazwisko pacjenta*

.....  
*miejsowość i data*

.....  
*PESEL pacjenta*

.....  
*adres zamieszkania*

**UPOWAŻNIENIE  
Przychodnia Specjalistyczna/POZ\***

Jako pacjent Powiatowego Centrum Zdrowia Sp. z o.o. w Lwówku Śląskim Przychodnia Specjalistyczna/POZ\*

1. do odbioru wyników badań diagnostycznych, recept i zleceń na wyroby medyczne **upoważniam/nie upoważniam nikogo\***

.....  
.....  
.....  
*Imiona, nazwiska i numery PESEL osób upoważnionych*

2. do uzyskiwania informacji o moim stanie zdrowia i udzielonych mi świadczeniach zdrowotnych **upoważniam/nie upoważniam nikogo\***

.....  
.....  
.....  
*Imiona, nazwiska i numery PESEL osób upoważnionych*

Upoważnienie powyższe **dotyczy/nie dotyczy\*** również dostępu do dokumentacji medycznej po mojej śmierci.

Upoważnienie niniejsze udzielone jest\*:

- a) bezterminowo  
b) na czas określony do dnia .....

.....  
*czytelny podpis pacjenta*

.....  
\* niepotrzebne skreślić