



SensusBalans

Klinika Zdrowia Psychicznego

PSYCHIATRIA
NEUROLOGIA
PSYCHOLOGIA
PSYCHOTERAPIA
DIABETOLOGIA
DIETETYKA KLINICZNA
PEDAGOGIKA

.....
Miejscowość, data

DANE PACJENTA (UPOWAŻNIAJĄCEGO)

Imię i nazwisko:

PESEL:

Adres zamieszkania:

UPOWAŻNIENIE DO ODBIORU DOKUMENTACJI MEDYCZNEJ

Ja, niżej podpisany/a, działając na podstawie art. 26 ust. 1 ustawy z dnia 6 listopada 2008 r. o prawach pacjenta i Rzeczniku Praw Pacjenta, niniejszym upoważniam:

DANE OSOBY UPOWAŻNIONEJ

Imię i nazwisko:

Seria i numer dowodu osobistego:

PESEL:

do występowania w moim imieniu w **SensusBalans sp. z o. o.** w celu odbioru mojej dokumentacji medycznej.

ZAKRES UPOWAŻNIENIA

(proszę zaznaczyć właściwe pole)

☐ Upoważnienie obejmuje całość mojej dokumentacji medycznej.

☐ Upoważnienie obejmuje następującą część mojej dokumentacji medycznej:

(np. wyniki badań z dnia...,..., dokumentację medyczną)

.....
.....

CZAS OBOWIĄZYWANIA

(proszę zaznaczyć właściwe pole)

☐ Upoważnienie jest **jednorazowe** i wygasa z chwilą odbioru wskazanej dokumentacji.

☐ Upoważnienie jest ważne do dnia r.

☐ Upoważnienie jest **bezterminowe** (obowiązuje do odwołania).

.....
(Czytelny podpis pacjenta)



+48 538 300 003



Małopolska 11/2, 70-514 Szczecin
NIP: 8513324775
KRS: 0001151880



kontakt@sensusbalans.com