



**PEŁNOMOCNITWO OGÓLNE
PRZEDSTAWICIELA USTAWOWEGO PACJENTA
- LECZENIE PACJENTA MAŁOLETNIEGO**

F-209-000-003

Wersja 01

Ja, niżej podpisany,

Imię i Nazwisko PESEL.....

jako przedstawiciel ustawy PACJENTA:

Imię i Nazwisko PACJENTAPESEL.....

Upoważniam Pana / Panią

1. Imię i Nazwisko PESEL.....

2. Imię i Nazwisko PESEL.....

3. Imię i Nazwisko PESEL.....

do: *

I. wyrażania w moim imieniu zgody na przeprowadzenie badania i udzielanie Pacjentowi świadczeń medycznych w placówkach Swissmed Centrum Zdrowia S.A.*

II. wyrażania w moim imieniu zgody na przeprowadzenie zabiegów diagnostycznych u PACJENTA*:

III. do uzyskania informacji o stanie zdrowia Pacjenta oraz udzielanych mu świadczeniach zdrowotnych*

IV. do dostępu do dokumentacji medycznej Pacjenta *

Podpis przedstawiciela ustawowego

.....

Data.....

**niepotrzebne skreślić*