


MCD VOXEL	Formularz	
	Oświadczenie/Upoważnienie do odebrania wyniku badania lub uzyskania informacji o wykonanym badaniu diagnostycznym	Formularz
		Wydanie 1

Ja, data urodzenia.....
Imię i Nazwisko pacjenta

Nie upoważniam kogokolwiek do odebrania mojego wyniku badania;

Upoważniam do odebrania mojego wyniku badania MR/TK, Rtg Pana/Panią

.....
Imię i Nazwisko osoby upoważnionej

Nie upoważniam kogokolwiek do uzyskania informacji o wykonanym badaniu

Upoważniam do uzyskania informacji o moim badaniu diagnostycznym Pana/Panią

.....
Imię i Nazwisko i numer telefonu osoby upoważnionej

.....
Miejscowość i data

.....
czytelny podpis pacjenta

Wypełnia pracownik NZOZ „Voxel”	
Nr badania	Data badania.....
Data odebrania wyniku.....
	<small>Czytelny podpis osoby wydającej wynik</small>