


MCD VOXEL	FORMULARZ	
	Oświadczenie/Upoważnienie do odebrania wyniku badania lub uzyskania informacji o wykonanym badaniu diagnostycznym	F 7.2-1/1
		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/stanie mojego zdrowia

Upoważniam do uzyskania informacji o moim badaniu diagnostycznym/stanie mojego zdrowia Pana/Panią

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

.....
Miejscowość i data

.....
czytelny podpis pacjenta

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