

**Oświadczenie/Upoważnienie
do odebrania wyniku badania lub uzyskania informacji
o wykonanym badaniu diagnostycznym**

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 osoby upoważnionej

.....
miejsowość i data

.....
czytelny podpis pacjenta

Wypełnia pracownik Lubuskiego Centrum Pulmonologii

Nr badania Data badania.....

Data odebrania wyniku.....
Czytelny podpis osoby wydającej wynik

