



UPOWAŻNIENIE
DO ODBIORU WYNIKÓW BADAŃ

wykonanych w Szpitalu Klinicznym im. dr. Emila Warmińskiego Politechniki Bydgoskiej

Ja, niżej
podpisana/y _____

imię i nazwisko pacjenta

PESEL: _____

Zamieszkała/y _____

UPOWAŻNIAM*

Panią/Pana _____

imię i nazwisko

Do odbioru moich wyników badań:

- ☐ Badanie laboratoryjne (*np. badanie krwi, moczu, stolca*)
- ☐ Badanie radiologiczne (*np. RTG, USG, TK*)
- ☐ Badanie patomorfologiczne (*np. wycinki histopatologiczne, wyniki biopsji*)
- ☐ Inne

Data i czytelny podpis osoby upoważniającej: _____

*Pacjent może cofnąć upoważnienie w sytuacji wystąpienia istotnych okoliczności mających wpływ na jego treść.