

UPOWAŻNIENIE

do odbioru wyniku
badania/uzyskania informacji

Imię i nazwisko pacjenta

Data upoważnienia

D	D	M	M	R	R	R	R

PESEL pacjenta

--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--

Odbiór wyniku badania i uzyskanie informacji

- ☐ Nie upoważniam kogokolwiek do odebrania mojego wyniku badania
- ☐ Upoważniam do odebrania mojego wyniku badania rezonansem magnetycznym Pana/Panią:

Imię i nazwisko osoby upoważnionej

PESEL osoby upoważnionej lub data urodzenia

--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--

--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--

.....
czytelny podpis pacjenta

Wypełnia pracownik Aura Medic Sp. z o.o.

Nr badania

Data badania

Data odebrania wyniku

Czytelny podpis osoby odbierającej wynik

Czytelny podpis osoby wydającej wynik