MEGHATALMAZÁS

Alulírott ................................................, (szül: ................................., an: ................................,

TAJ: ..................................... ) ........................................................................ szám alatti lakos

meghatalmazom

..............................................................., (szül: ................................., an: ................................,

TAJ: ..................................... ) ...................................................................... szám alatti lakost,

hogy a Szent Borbála Kórházban .............................................................................betegség miatt történt kezelésemmel összefüggésben keletkezett orvosi dokumentumokat, (zárójelentés/lelet/röntgen, UH, CT, MR felvételt), helyettem és nevemben kikérje, és azt a Kórházból a részemre/kezelőorvosom (stb) részére történő átadás céljából elhozza.

Jelen meghatalmazás visszavonásig, legfeljebb ……………..-ig (maximum 5 évig) szól.

.........................................

Meghatalmazó

A meghatalmazást tudomásul veszem:

.........................................

Meghatalmazott

Előttünk mint tanúk előtt:

Név: ............................................... Név: ...............................................

Cím: ............................................... Cím: ...............................................

Dátum

……………………………………..

**A meghatalmazás nem egyszeri alkalomra szól, ezért azt minden alkalommal kérjük bemutatni!**

FNY: MEU7503-81/200201