

**Awers****UPOWAŻNIENIE**

data .....

**I Część – wypełnia pacjent****1. Dane pacjenta**

Imię i nazwisko .....

Nr PESEL:														
-----------	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--

**2. Nazwa komórki medycznej** .....**3. Wynik badania:** TK  RTG  USG  MR  HISTOPATOLOGICZNY 

Inne ..... z dnia .....

**4. Osoba upoważniona do odbioru wyniku badania**.....  
(imię i nazwisko osoby upoważnionej do odbioru wyniku badania)

Nazwa dokumentu potwierdzającego tożsamość		Nr dokumentu potwierdzającego o tożsamość	
--	--	---	--

**5. Data i podpis osoby upoważniającej (pacjenta)**

.....

Str.1/2

✂ -----

**Rewers****II Część – wypełnia pracownik komórki medycznej**

Pieczęć komórki medycznej .....

<b>POTWIERDZENIE WYDANIA WYNIKU BADANIA</b>			
Data .....	Dokument potwierdzający tożsamości	Zgodny <input type="checkbox"/>	Niezgodny <input type="checkbox"/>
Imię i nazwisko osoby wydającej wynik badania (podpis i pieczęć)			

**III Część – potwierdzenie odbioru****Data i podpis osoby upoważnionej do odbioru wyniku badania**

.....

Str.2/2