



Kliniczny Szpital Wojewódzki nr 2
im. Św. Jadwigi Królowej w Rzeszowie
35-301 Rzeszów ul.Lwowska 60

KLINICZNY ZAKŁAD RADIOLOGII
i DIAGNOSTYKI OBRAZOWEJ

**UPOWAŻNIENIE DO ODBIORU WYNIKU BADANIA RTG / DSA / TK / MR *
oraz dokumentacji obrazowej (klisze, płyty CD/DVD)**

Imię i nazwisko pacjenta

Pesel pacjenta

Data

W przypadku, gdy nie będę mógł/mogła osobiście odebrać wyniku badania RTG / DSA / TK / MR *

UPOWAŻNIAM

Pana/Panią

Pesel

seria i nr dowodu osobistego

do odbioru wyniku badania :

wykonanego w dniu

.....
czytelny podpis pacjenta /przedstawiciela ustawowego*

.....
czytelny podpis osoby upoważnionej

* niepotrzebne skreślić