

## SOUHLAS S VYZVEDNUTÍM VÝSLEDKŮ LABORATORNÍHO VYŠETŘENÍ

### Údaje pacienta

Jméno a příjmení:

Adresa trvalého pobytu:

### Údaje ZPLNOMOCNĚNÉ OSOBY

Jméno a příjmení:

Adresa trvalého pobytu:

Já níže podepsaný pacient zplnomocňuji výše jmenovaného zástupce k vyzvednutí laboratorních výsledků na OKBH Nemocnice následné péče Moravská Třebová, Svitavská 480/25, 571 01 Moravská Třebová.

V ..... dne .....

*podpis pacienta*

Potvrzuji přijetí tohoto souhlasu a zakládám jej do příslušné dokumentace OKBH:

V ..... dne .....

*jméno a podpis pracovníka OKBH*

✂-----

## SOUHLAS S VYZVEDNUTÍM VÝSLEDKŮ LABORATORNÍHO VYŠETŘENÍ

### Údaje pacienta

Jméno a příjmení:

Adresa trvalého pobytu:

### Údaje ZPLNOMOCNĚNÉ OSOBY

Jméno a příjmení:

Adresa trvalého pobytu:

Já níže podepsaný pacient zplnomocňuji výše jmenovaného zástupce k vyzvednutí laboratorních výsledků na OKBH Nemocnice následné péče Moravská Třebová, Svitavská 480/25, 571 01 Moravská Třebová.

V ..... dne .....

*podpis pacienta*

Potvrzuji přijetí tohoto souhlasu a zakládám jej do příslušné dokumentace OKBH:

V ..... dne .....

*jméno a podpis pracovníka OKBH*