

## Upoważnienie jednorazowe do odbioru dokumentacji medycznej

### DANE PACJENTA

Data i miejscowość .....

Imię i Nazwisko Pacjenta .....

Nazwisko panieńskie /w przypadku prosby o oryginał dokumentacji medycznej/ .....

Nr PESEL / Data urodzenia .....

Imię i Nazwisko Rodzica / Opiekuna Prawnego w przypadku dzieci poniżej 18 r.ż. oraz osób ubezwłasnowolnionych\*\* .....

Numer dokumentu tożsamości ze zdjęciem Pacjenta / Rodzica / Opiekuna Prawnego\* .....

Adres zamieszkania .....

Telefon kontaktowy .....

### UPOWAŻNIENIE

Upoważniam Pana / Panią

.....

legitymującego się dokumentem tożsamości: Seria .....Nr .....

Nr PESEL / data urodzenia upoważnionego .....

do odbioru dokumentacji medycznej mojej\* / mojego dziecka\* .....

Imię i Nazwisko dziecka .....

PESEL, data urodzenia .....

rodzaj dokumentacji medycznej

.....

*Oświadczam niniejszym, że rezygnuję z odbycia umożliwionej i zaoferowanej mi przez podmiot leczniczy konsultacji z lekarzem w związku z odebraniem przez upoważnioną przeze mnie osobę w/w wyniku badania\*\*\**

Data i czytelny podpis osoby składającej wniosek

Data i czytelny podpis osoby przyjmującej wniosek

.....

.....

Podstawa prawna: Dz.U. z 2009r nr 52, poz. 417 z późniejszymi zm.

\* zaznaczyć właściwe

\*\* jeśli dotyczy

\*\*\* w przypadku odbioru badań poufnych

*Hand*