

Upoważnienie jednorazowe do odbioru dokumentacji medycznej

DANE PACJENTA

Data i miejscowość

Imię i nazwisko pacjenta

Nr PESEL / Data urodzenia

W przypadku noworodka – numer PESEL matki, a w przypadku osób, które nie mają nadanego numeru PESEL – rodzaj i numer dokumentu potwierdzającego tożsamość, obejmujący jego nazwę oraz nazwę kraju, w którym został wystawiony**

Imię i nazwisko rodzica / opiekuna prawnego w przypadku dzieci poniżej 18 r.ż. oraz osób ubezwłasnowolnionych**

Nr PESEL rodzica / opiekuna prawnego*

Telefon kontaktowy

UPOWAŻNIENIE

Upoważniam Pana / Panią

.....

Nr PESEL / Data urodzenia upoważnionego

Telefon kontaktowy

do odbioru dokumentacji medycznej mojej* / mojego dziecka* / osoby ubezwłasnowolnionej, której jestem przedstawicielem ustawowym*

Imię i nazwisko dziecka/ osoby ubezwłasnowolnionej

.....

Nr 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

.....

.....

Dane osobowe będą przetwarzane przez Centrum Medyczne Medica Sp. z o.o. w celach związanych ze świadczeniem usług medycznych. Więcej informacji na temat przetwarzania danych osobowych przez Centrum Medyczne Sp. z o.o. znajdą Państwo na stronie internetowej www.plock.pzdudzrowie.pl oraz w naszych placówkach.

Podstawa prawna: Ustawa o prawach pacjenta i Rzeczniku Praw Pacjenta

*zaznaczyć właściwe

**jeśli dotyczy

*** w przypadku odbioru badań poufnych