

Upoważnienie do odbioru dokumentacji medycznej

Podstawa prawna: art. 26 ust. 1 ustawy z dnia 6 listopada 2008 r. o prawach pacjenta i Rzeczniku Praw Pacjenta

Miejscowość

Data

Dane pacjenta (osoby upoważniającej)

Imię i nazwisko pacjenta

PESEL (lub data urodzenia)

Adres zamieszkania

Telefon kontaktowy

Adres e-mail

Dane osoby upoważnionej

Imię i nazwisko

PESEL (lub seria i numer dokumentu tożsamości)

Adres zamieszkania

Telefon kontaktowy

Stopień pokrewieństwa / relacja (opcjonalnie)

Zakres upoważnienia

Upoważniam wyżej wymienioną osobę do:

- ☐ odbioru dokumentacji medycznej (wyników badań, kopii dokumentacji, zaświadczeń) dotyczącej mojej osoby
- ☐ złożenia w moim imieniu wniosku o udostępnienie dokumentacji medycznej

Okres obowiązywania

- ☐ jednorazowo — do odbioru:

Rodzaj dokumentu / badania

- ☐ bezterminowo, do odwołania

- ☐ do dnia: _____

Upoważnienie może zostać w każdej chwili odwołane przez pacjenta w formie pisemnej. Osoba upoważniona okazuje przy odbiorze dokument tożsamości.

Data i czytelny podpis pacjenta

Data i podpis osoby przyjmującej (pieczęć placówki)