



JEDNORAZOWE UPOWAŻNIENIE DO UDOSTĘPNIENIA DOKUMENTACJI MEDYCZNEJ

Ja niżej podpisany/na

imię i nazwisko

PESEL

UPOWAŻNIAM PANA/IA

imię i nazwisko Upoważnionego

PESEL

do:

- ☐ wglądu w siedzibie Szpitala lub miejscu udzielania świadczeń zdrowotnych
- ☐ odbioru kopii lub wydruku
- ☐ odbioru wyciągu
- ☐ odbioru odpisu
- ☐ odbioru wypożyczonego oryginału, z zastrzeżeniem zwrotu po wykorzystaniu (wyłącznie w przypadku, gdy zwłoka w wydaniu dokumentacji mogłaby spowodować zagrożenie życia lub zdrowia pacjenta)
- ☐ odbioru sporządzonej kopii na elektronicznym nośniku danych - płyta CD (dotyczy wyłącznie badań obrazowych) dokumentacji medycznej dotyczącej mojego stanu zdrowia.

Data

.....
czytelny podpis Osoby upoważniającej