Pieczęć placówki medycznej

ZDROWIE

UPOWAŻNIENIE JEDNORAZOWE DO ODBIORU DOKUMENTACJI MEDYCZNEJ

DD – MM – RRRR
Data

Miejscowość

DANE PACJENTA

Imię i nazwisko pacjenta

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**)

Telefon kontaktowy

PESEL rodzica / opiekuna prawnego

UPOWAŻNIENIE

Upoważniam,

Pana/Panią

legitymującego się dowodem Seria Nr

PESEL / Data urodzenia upoważnionego

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

Imię i nazwisko dziecka / osoby ubezwłasnowolnionej

Rodzaj dokumentacji medycznej:

Oświadczam niniejszym, że rezygnuję z odbycia umożliwionej i zaoferowanej mi przez podmiot leczniczy konsultacji z lekarzem w związku z odebranym 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

Dane osobowe będą przetwarzane przez PZU Zdrowie S.A w celach związanych ze świadczeniem usług medycznych.
Więcej informacji na temat przetwarzania danych osobowych znajdą Państwo na stronie internetowej pzuzdrowie.pl/Kim jesteśmy oraz w naszych placówkach.