

**Upoważnienie jednorazowe do odbioru / przesłania dokumentacji medycznej
w celu dalszego leczenia / do innych celów. (*)**

Imię i nazwisko pacjenta

Nr PESEL pacjenta:

--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--

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**

rodzaj dokumentacji medycznej:

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

.....

Nr PESEL rodzica / opiekuna prawnego*

--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--

Telefon kontaktowy

Upoważniam Pana / Panią,:

.....

Nr PESEL upoważnionego:

--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--

Tel.

do odbioru dokumentacji medycznej mojej / mojego dziecka / osoby ubezwłasnowolnionej, której jestem przedstawicielem ustawowym / do przesłania na podany poniżej adres e-mail dokumentacji medycznej (*).

e-mail

Hasło do kodowania – 7 znaków (wpisać w przypadku wysyłki e-mail):

--	--	--	--	--	--	--

Data i czytelny podpis osoby składającej wniosek

Data i czytelny podpis osoby przyjmującej wniosek

.....

.....

*Dane osobowe będą przetwarzane przez **Centrum Medyczne św. Łukasza** w celach związanych ze świadczeniem usług medycznych. Więcej informacji na temat przetwarzania danych osobowych przez **Centrum Medyczne św. Łukasza** znajdą Państwo na stronie internetowej **cmlukasza.pl** oraz w naszej placówce.*

Podstawa prawna: Ustawa o prawach pacjenta i Rzeczniku Praw Pacjenta

*niepotrzebne skreślić

**jeśli dotyczy

*** w przypadku odbioru badań poufnych