

Upoważnienie do udostępnienia lub odbioru dokumentacji medycznej

Dane pacjenta

Imię i nazwisko

PESEL, a gdy brak – data urodzenia

Adres zamieszkania

Treść upoważnienia

Ja niżej podpisana/y upoważniam wskazaną poniżej osobę do uzyskiwania informacji o moim stanie zdrowia i udzielonych świadczeniach zdrowotnych oraz do uzyskiwania / odbioru mojej dokumentacji medycznej w SP ZOZ MSWiA w Lublinie, w zakresie zaznaczonym poniżej.

Imię i nazwisko osoby upoważnionej

Dane kontaktowe: Adres

Telefon / e-mail

Stopień pokrewieństwa / relacja (jeśli dotyczy)

upoważnienie do całej dokumentacji medycznej upoważnienie do dokumentacji z określonego okresu

Zakres ograniczony / doprecyzowanie:

upoważnienie do odbioru osobistego upoważnienie do uzyskania kopii / skanów / wydruków upoważnienie do wglądu

upoważnienie obowiązuje do odwołania upoważnienie jednorazowe

Przyjmuję do wiadomości, że niniejsze upoważnienie może zostać w każdym czasie odwołane. Odwołanie powinno zostać złożone w formie pozwalającej na identyfikację pacjenta.

Miejscowość i data

.....

Podpis pacjenta / przedstawiciela ustawowego

.....

Potwierdzenie przyjęcia do dokumentacji medycznej

Data przyjęcia

Komórka organizacyjna

Imię i nazwisko oraz podpis pracownika