**Upoważnienie czasowe do odbioru dokumentacji medycznej: wyniki badań, recepty, inne**

**Ja niżej podpisany (dane pacjenta):**

Imię i Nazwisko………………………………………………………………….…….………………...

Pesel/ Data urodzenia………………………………………….…………………………………..…..

\*Imię i nazwisko Rodzica/Opiekuna Prawnego/w przypadku dzieci poniżej 18 r.ż. oraz osób ubezwłasnowolnionych/ …………………………………………………………………………….

W przypadku noworodka – numer Pesel rodzica , 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……………………………………………

Telefon kontaktowy. ……………………………………………………….…………………..……….

**Upoważniam** Pana/ Panią………………………………………………………………………………………………

Nr PESEL/ Data urodzenia upoważnionego………………………………………………………….

**Informacja! Osoba upoważniona powinna posiadać przy odbiorze – dokument ze zdjęciem potwierdzający tożsamość**

Do odbioru dotyczącej mnie dokumentacji medycznej, w tym wyników badań

………………………………...............................................…………………………………………………….

*rodzaj dokumentacji medycznej*

Do odbioru dokumentacji medycznej, w tym wyników badań dotyczących dziecka pozostającego pod moją władzą rodzicielską/opieką\*

………………………………...............................................…………………………………………………….

*rodzaj dokumentacji medycznej*

Rodzaj upoważnienia \*:

* Upoważnienie jednorazowe do wydania dokumentacji medycznej, w tym wyników badań
* Upoważnienie okresowe (dotyczy wyników badań cyklicznych) ważne od ……………………. do …………………………………

Oświadczam niniejszym, że rezygnują z odbycia umożliwionej i zaoferowanej mi przez zakład leczniczy konsultacji z lekarzem w związku z odebranym przez upoważnioną przeze mnie osobę wyniku badania.

……………………………………………….. …………..........…………………………

Data i czytelny podpis osoby Data i podpis upoważnionego

Upoważniającej\*\* do odbioru dokumentacji

**……………………………………………………………………………………….**

Data i czytelny podpis osoby pracownika przyjmującego

Ilość udostępnianych stron (dotyczy dokumentacji indywidualnej pacjenta)……………..

**\***właściwe zaznaczyć

\*\* osobą upoważniającą w przypadku pacjenta pomiędzy 16 – 18 r. ż jest rodzic / opiekun prawny i pacjent

Podstawa prawna: Dz.U. z 2009r nr 52, poz. 417 z późniejszymi zm.

Dane osobowe będą przetwarzane przez NZOZ Łomianki w celach związanych ze świadczeniem usług medycznych. Więcej informacji na temat przetwarzania danych osobowych przez NZOZ Łomianki znajdą Państwo na stronie internetowej [www.nzozlomianki.pl](http://www.nzozlomianki.pl) oraz w naszej placówce.