**Upoważnienie/ odmowa upoważnienia do pozyskiwania informacji**

**o stanie zdrowia i dokumentacji medycznej**

Miejscowość i data …………………………

**DANE PACJENTA:**

Imię i Nazwisko………………………………………………………………… Telefon kontaktowy……………………………………

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……………………………………………

**\*Nie upoważniam** nikogo do pozyskiwania informacji o stanie mojego zdrowia/ mojego dziecka i świadczeniach zdrowotnych oraz dokumentacji medycznej w przypadku mojej śmierci

**\*Upoważniam niniejszym**:

Pana/ Panią……………………………………………………………………………………………...

Nr PESEL/ Data urodzenia (dane umożliwiające stwierdzenie tożsamości)………………………………………………

Tel kontaktowy:…………………….

Do pozyskiwania informacji o moim stanie zdrowia/ mojego dziecka\* i udzielonych mi świadczeń zdrowotnych

Do pozyskiwania mojej/ mojego dziecka\* dokumentacji medycznej /również w przypadku mojej śmierci/ sporządzonej w NZOZ Łomianki, Warszawska 31

…………………………………………………… ………………………………………………

Data i czytelny podpis osoby składającej wniosek Data i czytelny podpis osoby przyjmującej wniosek

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.

\*zaznaczyć właściwe / Podstawa prawna: Dz.U. z 2009r nr 52, poz. 417 z późniejszymi zmianami