



ZDROWIE



Pieczęć placówki medycznej

Data

Miejscowość

UPOWAŻNIENIE JEDNORAZOWE DO ODBIORU DOKUMENTACJI MEDYCZNEJ

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

Telefon kontaktowy

PESEL/Data urodzenia upoważnionego

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

Imię i nazwisko dziecka/osoby ubezwłasnowolnionej

PESEL/Data urodzenia

Rodzaj dokumentacji medycznej:

Oświadczam niniejszym, że rezygnuję z odbicia umożliwionej i zaoferowanej mi przez podmiot leczniczy konsultacji z lekarzem w związku z odebraniem przez upoważnioną przeze mnie osobę w/w wyniku badania***

Zweryfikowano tożsamość pacjenta

Data i czytelny podpis osoby składającej wniosek

Data i czytelny podpis osoby przyjmującej wniosek

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 <https://zdrowie.pzu.pl/informacje-o-przetwarzaniu-danych> oraz w naszych placówkach.

Podstawa prawna: Ustawa o prawach pacjenta i Rzeczniku Praw Pacjenta

* zaznaczyć właściwe

** jeśli dotyczy

*** w przypadku odbioru badań poufnych

