

**Upoważnienie / odmowa upoważnienia  
do pozyskiwania informacji o stanie zdrowia i dokumentacji medycznej**

Data i miejscowość .....

Imię i nazwisko pacjenta .....

Nr PESEL / Data urodzenia .....

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\*\*

.....

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\*\* .....

Nr PESEL rodzica / opiekuna prawnego\* .....

**Nie upoważniam nikogo do pozyskiwania informacji o stanie mojego zdrowia/ mojego dziecka/ osoby ubezwłasnowolnionej, której jestem przedstawicielem ustawowym\* i świadczeniach zdrowotnych oraz dokumentacji medycznej.**

*Data i czytelny podpis osoby składającej wniosek* .....

**Upoważniam niniejszym:**

Pana / Panią .....

Nr PESEL / Data urodzenia .....

Telefon kontaktowy .....

**do pozyskiwania informacji o moim stanie zdrowia / mojego dziecka/ osoby ubezwłasnowolnionej, której jestem przedstawicielem ustawowym\* i udzielonych mi świadczeniach zdrowotnych w**

.....

**do pozyskiwania mojej / mojego dziecka/ osoby ubezwłasnowolnionej, której jestem przedstawicielem ustawowym \* dokumentacji medycznej sporządzonej w**

.....

*Data i czytelny podpis osoby składającej wniosek*

*Data i czytelny podpis osoby przyjmującej wniosek*

.....

.....

Dane osobowe będą przetwarzane przez CENTRUM MEDYCZNE PROF-MED SP. Z O.O. w celach związanych ze świadczeniem usług medycznych. Więcej informacji na temat przetwarzania danych osobowych przez CENTRUM MEDYCZNE PROF-MED SP. Z O.O. znajdują Państwo na stronie [www.cmpromed.pl](http://www.cmpromed.pl)

Podstawa prawna: Ustawa o prawach pacjenta i Rzeczniku Praw Pacjenta

\* zaznaczyć właściwe

\*\* jeśli dotyczy