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*

....

Administratorem Pani/Pana danych osobowych jest **Centrum Medyczne Medica Sp. z o.o.** z siedzibą w Płocku, przy ul. Chemików 7, 09-411 Płock. W CM Medica powołany jest inspektor ochrony danych, do którego można kierować zapytania na adres e-mail: daneosobowe@cmmedica.pl

Podstawa prawna: Ustawa o prawach pacjenta i Rzeczniku Praw Pacjenta
* zaznaczyć właściwe
** jeśli dotyczy