

zał. nr 2.

UPOWAŻNIENIE DO UZYSKANIA DOSTĘPU DO DOKUMENTACJI MEDYCZNEJ*

1. Dane udzielającego upoważnienia

Lublin, dnia

imię i nazwisko pacjenta

adres pacjenta

PESEL

Upoważniam.....zamieszkałego:.....

..... PESEL:

do pobrania mojej dokumentacji medycznej z leczenia w Oddziale/Poradni:
..... w okresie

od:..... do

Upoważnienie potwierdzam własnoręcznym podpisem:

....., upoważniono dnia

(data i czytelny podpis udzielającego upoważnienia/członka personelu odbierającego oświadczenie o upoważnieniu w przypadku udzielania upoważnienia w formie innej niż pisemna)

2. Zgoda udzielającego upoważnienia

Ja niżej podpisana/y wyrażam zgodę na przetwarzanie moich danych osobowych w zakresie niezbędnym do ustalenia tożsamości, w celu udostępnienia dokumentacji medycznej.

.....
data i czytelny podpis udzielającego upoważnienia

* oświadczenie stanowi wyłącznie wzór, który może być dobrowolnie wykorzystany przez pacjenta; dla uzyskania dostępu do dokumentacji medycznej nie jest wymagane złożenie oświadczenia w formie zaproponowanej przez Szpital