**UPOWAŻNIENIE JEDNORAZOWE DO WYDANIA DOKUMENTACJI MEDYCZNEJ**

Ja niżej podpisany /na ...............................................................................................................................................
Nr PESEL upoważniającego........................................................................................................................................
\*W przypadku osób, które nie mają nadanego numeru PESEL: Data urodzenia ......................................................

**Upoważniam** Pana/ Panią ........................................................................................................................................
Nr PESEL upoważnionego..........................................................................................................................................
\*W przypadku osób, które nie mają nadanego numeru PESEL: Data urodzenia ......................................................

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

\*\* Imiona i nazwisko dziecka/osoby ubezwłasnowolnionej....................................................................................

\*\* Nr PESEL dziecka/osoby ubezwłasnowolnionej (dla noworodka, którego matka ma nadany numer PESEL –
numer PESEL matki) ................................................................................................................................................
\*\* W przypadku dzieci/osób ubezwłasnowolnionych, które nie mają nadanego numeru PESEL (oraz noworodków, których matki nie mają nadanego numer PESEL): Data urodzenia .................................................

**Rodzaj dokumentacji medycznej:**

...............................................................................................................................................................................................................................................................................................................................................................................................................................................................

.....................................................................................................................................................

.....................................................................................................................................................

|  |  |
| --- | --- |
|  |  |
| Data, miejscowość i podpis osoby przyjmującej wniosek | Data, miejscowość i podpis osoby składającej wniosek |

\* wypełnić jeśli dotyczy
\*\* zakreślić właściwe

Podstawa Prawna: Ustawa o prawach pacjenta i Rzeczniku praw Pacjenta.