

# Upoważnienie Pacjenta do wydania dokumentacji medycznej (w tym wyników badań lub recepty)

Ja niżej podpisany / na .....

Numer PESEL.....

## **Upoważniam:**

1. Pana / Panią .....

Numer PESEL..... do odbioru dokumentacji medycznej

.....  
*rodzaj dokumentacji medycznej (całość dokumentacji/tylko recepty i wyniki/itp.)*

### **Rodzaj upoważnienia (właściwie zaznaczyć):**

- Upoważnienie jednorazowe do wydania dokumentacji medycznej
- Upoważnienie okresowe ważne od.....do.....
- Upoważnienie stałe (bezterminowe)**
- Upoważnienie do zgody równoległej do wydania dokumentacji medycznej (zgoda równoległa jest to zgoda wyrażona równocześnie przez **dziecko między 16 a 18 r.ż. i rodzica/opiekuna prawnego**)

.....  
Data i czytelny podpis osoby  
**Upoważniającej**

.....  
Data i podpis osoby **upoważnionej**

2. Pana / Panią .....

Numer PESEL..... do odbioru dokumentacji medycznej

.....  
*rodzaj dokumentacji medycznej (całość dokumentacji/tylko recepty i wyniki/itp.)*

### **Rodzaj upoważnienia (właściwie zaznaczyć):**

- Upoważnienie jednorazowe do wydania dokumentacji medycznej
- Upoważnienie okresowe ważne od.....do.....
- Upoważnienie stałe (bezterminowe)**
- Upoważnienie do zgody równoległej do wydania dokumentacji medycznej (zgoda równoległa jest to zgoda wyrażona równocześnie przez **dziecko między 16 a 18 r.ż. i rodzica/opiekuna prawnego**)

.....  
Data i czytelny podpis osoby  
**upoważniającej**

.....  
Data i podpis osoby **upoważnionej**

3. Pana / Panią .....

Numer PESEL..... do odbioru dokumentacji medycznej

.....  
*rodzaj dokumentacji medycznej (całość dokumentacji/tylko recepty i wyniki/itp.)*

### **Rodzaj upoważnienia (właściwie zaznaczyć):**

- Upoważnienie jednorazowe do wydania dokumentacji medycznej
- Upoważnienie okresowe ważne od.....do.....
- Upoważnienie stałe (bezterminowe)**
- Upoważnienie do zgody równoległej do wydania dokumentacji medycznej (zgoda równoległa jest to zgoda wyrażona równocześnie przez **dziecko między 16 a 18 r.ż. i rodzica/opiekuna prawnego**)

.....  
Data i czytelny podpis osoby  
**upoważniającej**

.....  
Data i podpis osoby **upoważnionej**

.....  
**Data i czytelny podpis pracownika ZOZ) /pieczętka zakładu- potwierdzającej dane upoważnionej**

**Informacja – osoba upoważniona powinna posiadać przy odbiorze dokumentacji, dokument ze zdjęciem potwierdzający tożsamość**