

## UPOWAŻNIENIE JEDNORAZOWE DO WYDANIA DOKUMENTACJI MEDYCZNEJ

Ja niżej podpisany /na -----

Nr PESEL upoważniającego -----

\*W przypadku osób, które nie mają nadanego numeru PESEL: Data urodzenia -----

Dokument potwierdzający tożsamość:

Rodzaj ----- Numer -----

Data ważności ----- Kraj, w którym wystawiono dokument zagraniczny -----

Upoważniam Pana/ Panią -----

Nr PESEL upoważnionego -----

\*W przypadku osób, które nie mają nadanego numeru PESEL: Data urodzenia -----

Dokument potwierdzający tożsamość:

Rodzaj ----- Numer -----

**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 numeru PESEL): Data urodzenia -----

**Rodzaj dokumentacji:**

-----

-----  
Data i podpis osoby przyjmującej wniosek

-----  
Data i podpis osoby składającej wniosek

\* wypełnić jeśli dotyczy

\*\* zakreślić właściwe

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