



Pieczęć placówki medycznej

Data

Miejscowość

## UPOWAŻNIENIE/ODMOWA UPOWAŻNIENIA DO POZYSKIWANIA INFORMACJI O STANIE ZDROWIA I DOKUMENTACJI MEDYCZNEJ

Imię i nazwisko pacjenta

PESEL

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\*\*)

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

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

Informujemy, iż istnieje możliwość zgłoszenia sprzeciwu do dostępu do dokumentacji medycznej po Twojej śmierci. W tym celu należy złożyć stosowne oświadczenie pracownikowi Działu Obsługi Pacjenta.

Podstawa prawna: Ustawa o prawach pacjenta i Rzeczniku Praw Pacjenta

\* zaznaczyć właściwe

\*\* jeśli dotyczy

## ODWOŁANIE UPOWAŻNIENIA

Odwołuję upoważnienie dla wyżej wskazanej osoby oraz oświadczenie na dalsze udostępnianie informacji o moim stanie zdrowia i udzielanych mi świadczeniach zdrowotnych oraz uzyskiwania dokumentacji medycznej z dniem .....

\_\_\_\_\_

Data i czytelny podpis osoby składającej wniosek

\_\_\_\_\_

Data i czytelny podpis osoby przyjmującej wniosek

Dane osobowe będą przetwarzane przez PZU Zdrowie S.A w celach związanych ze świadczeniem usług medycznych. Więcej informacji na temat przetwarzania danych osobowych znajdą Państwo na stronie internetowej <https://www.pzuzdrowie.pl/kim-jestesmy/informacje-o-przetwarzaniu-danych-osobowych> oraz w naszych placówkach.