

## UPOWAŻNIENIE

### DANE PACJENTA:

Imię .....

Nazwisko.....

PESEL.....

### Oświadczam, że:

Nie upoważniam nikogo

.....

(podpis)

Upoważniam Panią/Pana

.....

do:

1. Zasięgania informacji o stanie mojego zdrowia oraz udzielonych świadczeniach medycznych,
2. Uzyskania dokumentacji medycznej dotyczącej mojego stanu zdrowia i udzielanych mi świadczeniach zdrowotnych, także po mojej śmierci,
3. Odbioru wystawianych dla mnie wyników badań, recept, skierowań na badania dodatkowe, zaświadczeń lekarskich oraz opinii lekarskiej.

Data , podpis.....

Dane osobowe będą przechowywane przez okres przechowywania dokumentacji medycznej. Szczegółowa informacja w zakresie art. 13 RODO oraz zasad przetwarzania danych osobowych znajduje się na stronie [www.swietarodzina.com.pl](http://www.swietarodzina.com.pl)