

OŚWIADCZENIE PACJENTA w sprawie upoważnienia do odbioru wyników badań diagnostycznych

.....
Pracownia: RTG, USG, OCT, EEG, EKG, spirometrii, perymetrii,
densytometrii, audiometrii, Centralne Laboratorium Analityczne
w SPZLA „Moja Przychodnia” w Katowicach – **odpowiednie wpisać**

.....
Imię i nazwisko pacjenta, którego dotyczą wyniki badań diagnostycznych

PESEL

Adres:, numer telefonu

OŚWIADCZAM, ŻE: (proszę o zaznaczenie wybranej pozycji znakiem „X”)

Upoważniam do odbioru **moich** wyników badań diagnostycznych

Jako przedstawiciel ustawowy pacjenta **upoważniam** do odbioru wyników badań diagnostycznych

Nie upoważniam NIKOGO do odbioru **moich** wyników badań diagnostycznych

Jako przedstawiciel ustawowy **nie upoważniam NIKOGO** do odbioru wyników badań diagnostycznych

Imię i nazwisko osoby upoważnionej

Adres zamieszkania

PeSEL lub nr dokumentu tożsamości, nr tel.

Adres e-mail

Imię i nazwisko osoby upoważnionej

Adres zamieszkania

PeSEL lub nr dokumentu tożsamości, nr tel.

Adres e-mail

.....
data, czytelny podpis pacjenta

Podstawa prawna:

Rozporządzenie Ministra Zdrowia z dnia 6 kwietnia 2020 r. w sprawie rodzajów, zakresu i wzorów dokumentacji medycznej oraz sposobu jej przetwarzania (Dz. U. 2024, poz. 798 z późn. zm.),

Ustawa z dnia 5 grudnia 1996 r. o zawodach lekarza i lekarza dentystry (Dz.U. z 2024 r. poz. 1287 z późn. zm.)

Wszelkie informacje o osobach upoważnionych przez pacjenta wykorzystywane będą wyłącznie w celu świadczenia usług medycznych – „RODO”.