

# UPOWAŻNIENIE jednorazowe

.....  
nazwisko pacjenta

.....  
imię pacjenta

.....  
PESEL pacjenta

.....  
Adres zamieszkania pacjenta

.....  
Telefon

## **Oświadczam, że: ( \*zaznaczyć właściwe )**

Upoważniam do uzyskania dokumentacji medycznej dotyczącej mojej osoby\*

Upoważniam do odbioru wyników laboratoryjnych/recept/skierowań\*

Upoważniam do uzyskania informacji o moim stanie zdrowia i udzielonych mi świadczeniach zdrowotnych\*

.....  
Imię i nazwisko osoby upoważnionej

PESEL osoby upoważnionej .....

Telefon .....

.....  
data

.....  
czytelny podpis

Podane powyżej dane osobowe przetwarzane będą zgodnie z ustawą z dn. 29.08.1997 r. o ochronie danych osobowych (Dz. U. 2016, poz. 922 z późn. zm.). Jednocześnie zgodnie z art. 24 ust.1 informujemy, że Administratorem Pana/Pani danych osobowych jest WSPL SPZOZ „SpecLek”, Al. Gen. Chruściela „Montera”, 00-910 Warszawa. Posiada Pan/Pani prawo dostępu do treści swoich danych oraz możliwość ich poprawiania. Podanie powyższych danych wynika z ustawy z dn. 06.11.2008 r. o prawach pacjenta i Rzeczniku Praw Pacjenta (Dz. U. 2009 nr 52, poz.417 z późn. zm.). Dane osobowe udostępniamy jedynie podmiotom do tego uprawnionym na mocy przepisów prawa.