

## UPOWAŻNIENIE DO ODBIORU WYNIKÓW BADAŃ LABORATORYJNYCH/DIAGNOSTYCZNYCH

Nazwisko i imię pacjenta ..... PESEL .....

Rodzaj wykonanych badań ..... Data badań .....

Niniejszym upoważniam Panią/Pana ..... legitymującą/ego się dowodem tożsamości ..... do obioru wyników moich badań laboratoryjnych/  
(rodzaj, seria, numer)

Diagnostycznych\* wykonanych przez **Centrum Zdrowia SALUS w Słupsku**.

Słupsk, dnia .....  
.....  
podpis pacjenta (imię i nazwisko)

podstawa prawna: Ustawa o prawach pacjenta i Rzeczniku Praw Pacjenta z dnia 6 listopada 2008r. (Dz. U. 2009 nr 52 poz. 417 z późniejszymi zmianami), Rozporządzenie Ministra Zdrowia z dnia 6 kwietnia 2020 r. w sprawie rodzajów, zakresu i wzorów dokumentacji medycznej oraz sposobu jej przetwarzania (Dz. U. 2020 poz. 666 z późniejszymi zmianami), Ustawa o ochronie danych osobowych z dnia 10 maja 2018r. (Dz.U. 2018 poz. 1000 z późniejszymi zmianami), Rozporządzenie Parlamentu Europejskiego i Rady (UE) 2016/679 z dnia 27 kwietnia 2016 r. w sprawie ochrony osób fizycznych w związku z przetwarzaniem danych osobowych i w sprawie swobodnego przepływu takich danych oraz uchylenia dyrektywy 95/46/WE (ogólne rozporządzenie o ochronie danych)

\*niepotrzebne skreślić

## UPOWAŻNIENIE DO ODBIORU WYNIKÓW BADAŃ LABORATORYJNYCH/DIAGNOSTYCZNYCH

Nazwisko i imię pacjenta ..... PESEL .....

Rodzaj wykonanych badań ..... Data badań .....

Niniejszym upoważniam Panią/Pana ..... legitymującą/ego się dowodem tożsamości ..... do obioru wyników moich badań laboratoryjnych/  
(rodzaj, seria, numer)

diagnostycznych wykonanych przez **Centrum Zdrowia SALUS w Słupsku**.

Słupsk, dnia .....  
.....  
podpis pacjenta (imię i nazwisko)

podstawa prawna: Ustawa o prawach pacjenta i Rzeczniku Praw Pacjenta z dnia 6 listopada 2008r. (Dz. U. 2009 nr 52 poz. 417 z późniejszymi zmianami), Rozporządzenie Ministra Zdrowia z dnia 6 kwietnia 2020 r. w sprawie rodzajów, zakresu i wzorów dokumentacji medycznej oraz sposobu jej przetwarzania (Dz. U. 2020 poz. 666 z późniejszymi zmianami), Ustawa o ochronie danych osobowych z dnia 10 maja 2018r. (Dz.U. 2018 poz. 1000 z późniejszymi zmianami), Rozporządzenie Parlamentu Europejskiego i Rady (UE) 2016/679 z dnia 27 kwietnia 2016 r. w sprawie ochrony osób fizycznych w związku z przetwarzaniem danych osobowych i w sprawie swobodnego przepływu takich danych oraz uchylenia dyrektywy 95/46/WE (ogólne rozporządzenie o ochronie danych)

\*niepotrzebne skreślić

**POTWIERDZENIE ODBIORU  
WYNIKÓW BADAŃ LABORATORYJNYCH/DIAGNOSTYCZNYCH**

Ja, ..... działając w oparciu o upoważnienie z dnia .....  
(imię i nazwisko osoby odbierającej wyniki badań)

podpisane przez ..... potwierdzam odbiór wyników badań  
(imię i nazwisko pacjenta)

laboratoryjnych/diagnostycznych\* ..... wykonanych przez **Centrum**  
(imię i nazwisko pacjenta)

**Zdrowia SALUS w Słupsku** w dniu .....

Słupsk, dnia .....

.....  
podpis osoby upoważnionej (imię i nazwisko)

.....  
podpis pracownika/osoby wydającej wyniki

\*niepotrzebne skreślić

**POTWIERDZENIE ODBIORU  
WYNIKÓW BADAŃ LABORATORYJNYCH/DIAGNOSTYCZNYCH**

Ja, ..... działając w oparciu o upoważnienie z dnia .....  
(imię i nazwisko osoby odbierającej wyniki badań)

podpisane przez ..... potwierdzam odbiór wyników badań  
(imię i nazwisko pacjenta)

laboratoryjnych/diagnostycznych\* ..... wykonanych przez **Centrum**  
(imię i nazwisko pacjenta)

**Zdrowia SALUS w Słupsku** w dniu .....

Słupsk, dnia .....

.....  
podpis osoby upoważnionej (imię i nazwisko)

.....  
podpis pracownika/osoby wydającej wyniki

\*niepotrzebne skreślić