



Nr dok. Zał. Nr 2 do P-02/10	ZINTEGROWANY SYSTEM ZARZĄDZANIA	Wersja 8	Strona nr 1/1
	Udostępnianie i obieg dokumentacji medycznej oraz udzielanie informacji dotyczących pacjentów	Obowiązuje od: 01.04.2025	Klasyfikacja wewnętrzny

Załącznik nr 2 do P-02/10

Kraków, dnia

UPOWAŻNIENIE DO ODBIORU DOKUMENTACJI MEDYCZNEJ

Upoważniam* Panią/Pana
(Imię i nazwisko)

.....
numer dowodu osobistego lub PESEL

Nr telefonu kontaktowego.....

☐ do odbioru mojej dokumentacji medycznej (wskazanej we wniosku).

☐ do odbioru dokumentacji medycznej (wskazanej we wniosku) mojej/mojego

.....
(imię i nazwisko pacjenta)
którego (ej) jestem przedstawicielem ustawowym/ opiekunem*.

Imię i nazwisko:

PESEL

POTWIERDZENIE TOŻSAMOŚCI, data

.....
(podpis pracownika)

☐
Zaznaczyć właściwe

* w przypadku osoby prawnej wpisać nazwę firmy i adres jej siedziby.