

Nr dok. Zał. Nr 7 do P-02/10	ZINTEGROWANY SYSTEM ZARZĄDZANIA	Wersja 9	Strona nr 1/2
	Udostępnianie i obieg dokumentacji medycznej oraz udzielanie informacji dotyczących pacjentów	Obowiązuje od: 10.08.2026	Klasyfikacja wewnętrzny

Załącznik nr 7 do P-02/10

Kraków, dnia

**Do Dyrekcji
Szpitala Klinicznego im. dr. Józefa Babińskiego
SPZOZ w Krakowie**

Proszę o wydanie kserokopii **karty informacyjnej, historii choroby*** z leczenia w tutejszym Szpitalu (tj. leczenie stacjonarne), Poradni (tj. leczenie ambulatoryjne) *,

dokumentów innych * za okres:

pacjenta
(imię i nazwisko, data urodzenia, imiona rodziców, miejsce zamieszkania ew. nr PESEL)

Oświadczam, że jestem osobą bliską ww. pacjenta:
(wskazać rodzaj osoby bliskiej)

Oświadczam, że nie istnieje spór między innymi osobami bliskimi ww. pacjenta o udostępnienie mi dokumentacji medycznej oraz nie mam wiedzy, że ww. pacjent za życia sprzeciwił się udostępnieniu mi dokumentacji medycznej.

.....
(podpis)
Numer telefonu kontaktowego

Dokumentację:

- ☐ odbiorę osobiście
- ☐ proszę o wysłanie pocztą na adres

POTWIERDZENIE TOŻSAMOŚCI:

.....
.....

Potwierdzam odbiór kopii dokumentacji medycznej

* właściwe zaznaczyć-podkreślić

☐ zaznaczyć właściwe

Nr dok. Zał. Nr 7 do P-02/10	ZINTEGROWANY SYSTEM ZARZĄDZANIA	Wersja 9	Strona nr 2/2
	Udostępnianie i obieg dokumentacji medycznej oraz udzielanie informacji dotyczących pacjentów	Obowiązuje od: 10.08.2026	Klasyfikacja wewnętrzny

Załącznik nr 7 do P-02/10

.....
data

.....
czytelny podpis osoby odbierającej

.....
rodzaj i nr dokumentu potwierdzającego tożsamość

.....
data

.....
czytelny podpis osoby wydającej dokumentację

* właściwe zaznaczyć-podkreślić
☐ zaznaczyć właściwe