** UPOWAŻNIENIE DO ODBIORU DOKUMENTACJI MEDYCZNEJ**

Załączniknr 2 do Procedury dot.

zasad udostępniania dokumentacji medycznej

pacjentom oraz ustalenia opłat za jej udostępnienie

**(WZÓR DLA PACJENTA)**

I. UPOWAŻNIENIE- CZĘŚĆ DLA WNIOSKODAWCY

**1. Dane upoważniającego**

a) imię i nazwisko…………………………………………………………………………………………………………

b) adres zamieszkania (do korespondencji)……………………….………………………………………………………

c) nr PESEL

d) nr ……………….. i seria ……………….. dokumentu potwierdzającego tożsamość

e) numer telefonu ……………………………………….

f) upoważnienie dotyczy odbioru dokumentacji medycznej, o której udostępnienie złożono wniosek w dniu ………....

**2. Dane osoby upoważnionej**

a) imię i nazwisko…………………………………………………………………………………………………………

b) adres zamieszkania (do korespondencji)……………………….………………………………………………………

c) nr PESEL

d) seria i nr ……………….. dokumentu potwierdzającego tożsamość

……………………………………….

*(data, czytelny podpis wnioskodawcy)*

II. UDOSTĘPNIENIE DOKUMENTACJI- CZĘŚĆ DLA PRACOWNIKA

**1. Tożsamość osoby odbierającej dokumentację medyczną stwierdzono:**

……………………………………….……………………………………….

*(data, czytelny podpis osoby udostępniającej) (data, czytelny podpis osoby upoważnionej)*