

JEDNORAZOWE UPOWAŻNIENIE DO WYDANIA HISTORII CHOROBY LUB INNEJ DOKUMENTACJI MEDYCZNEJ

Dane pacjenta

| | |
|---|--|
| IMIĘ | |
| NAZWISKO | |
| PESEL | |
| ZAKRES DOKUMENTACJI (np. z jakiej Poradni) | |
| OKRES CZASU JAKIEGO DOTYCZY DOKUMENTACJA (od kiedy do kiedy) | |

Dane osoby upoważnionej

| | |
|--|--|
| IMIĘ | |
| NAZWISKO | |
| NUMER DOWODU OSOBISTEGO (lub innego dokumentu tożsamości) | |

data i podpis pacjenta

.....

data i podpis osoby upoważnionej – potwierdzenie odbioru

.....

data i podpis pracownika wydającego dokumentację

.....