Załącznik Nr 2
do Procedury „Zasady udostępniania dokumentacji medycznej na zewnątrz Szpitala"

Upoważnienie
do odbioru dokumentacji medycznej

1. Miejscowość, data .....

2. Imię i nazwisko pacjenta .....

3. Adres zamieszkania .....

4. PESEL

5. Ja niżej podpisany, legitymujący się dowodem osobistym Seria ..... Nr .....
na podstawie art. 14 ust. 2 pkt 3 oraz art. 26 ust. 1 ustawy z dnia 6 listopada 2008 r. o prawach pacjenta i Rzeczniku Praw Pacjenta (Dz.U.2016.186 tj. z dnia 2016.02.16 z późn. zm.) upoważniam do odbioru mojej dokumentacji medycznej, o której udostępnienie złożyłem wniosek w dniu ..... Pana(-ią) ..... legitymującego (-ą) się **dowodem osobistym** Seria..... Nr ...../**paszportem** Seria ..... Nr .....

☐ za życia*

☐ na wypadek zgonu*

☐ za życia i na wypadek zgonu*

.....
(Data i czytelny podpis pacjenta)

.....
(Podpis osoby przyjmującej upoważnienie)

---

* *dokonać właściwego wyboru poprzez zaznaczenie znakiem* ***X***