



**Karta udostępniania dokumentacji medycznej  
/proszę wypełnić wyraźnie DRUKOWANYMI literami/**

.....  
(imię i nazwisko)

Tarnów, dnia.....

.....  
(adres zamieszkania)

Pesel: .....

telefon: .....

Proszę o wydanie **kserokopii** dokumentacji medycznej z pobytu w oddziale/ poradni

.....  
(nazwa oddziału, poradni)

.....  
..... w dniach.....

Cel wydania dokumentacji medycznej \*:

- dalsze leczenie w innym podmiocie leczniczym

- inny

\*) Proszę zaznaczyć właściwą odpowiedź

.....  
(podpis Wnioskodawcy)

***Potwierdzam odbiór kserokopii dokumentacji medycznej:***

***Tarnów, dnia.....***

.....  
(podpis Wnioskodawcy lub osoby upoważnionej)

Podpis pracownika Izby Przyjęć SSz. wydającego dokumentację medyczną .....  
(data i czytelny podpis)

**UPOWAŻNIENIE DO ODBIORU  
KSEROKOPII DOKUMENTACJI MEDYCZNEJ**

Ja niżej podpisany/-a .....

Pesel: .....

**upoważniam Pana/Panią** .....

legitymującego/-ą się dokumentem tożsamości seria/numer .....

do odbioru wnioskowanej kserokopii dokumentacji medycznej.

**Niniejsze upoważnienie ma charakter jednorazowy.**

.....  
/data i czytelny podpis osoby upoważniającej/