



SZPITAL KLINICZNY IM. DR. EMILA WARMIŃSKIEGO POLITECHNIKI BYDGOSKIEJ
85-826 BYDGOSZCZ, UL SZPITALNA 19

PR18_PJ 3_F2_w2

FORMULARZ UDOSTĘPNIENIA DOKUMENTACJI MEDYCZNEJ POPRZECZ WGLĄD

.....
data

Nazwisko i imię pacjenta:

PESEL:

Nazwisko i imię osoby upoważnionej*:

Udostępniono dokumentację medyczną w zakresie:

.....
.....
.....

.....
czytelny podpis osoby udostępniającej

.....
podpis pacjenta/osoby upoważnionej

* wypełnić w przypadku udostępnienia dokumentacji osobie upoważnionej