

**UPOWAŻNIENIE
DO WYDANIA ORYGINAŁU/KOPII/WYCIĄGU/ODPISU*
DOKUMENTACJI MEDYCZNEJ**

Ja, niżej podpisany, legitymujący się dowodem osobistym seria nr,
zwracam się z prośbą o wydanie oryginału/kopii/wyciągu/odpisu* dokumentacji medycznej, będącej
w posiadaniu Katowickiego Centrum Onkologii, dotyczący mojej osoby oraz upoważniam:

.....
(imię i nazwisko)

legitymującego/cą się dowodem osobistym seria..... nr.....
do jej odbioru.

.....
data i podpis wnioskodawcy/osoby upoważnionej

* - właściwe zaznaczyć

**POTWIERDZENIE ZWROTU
WYDANEGO ORYGINAŁU/KOPII/WYCIĄGU/ODPISU*
DOKUMENTACJI MEDYCZNEJ**

Potwierdzam odbiór dokumentacji medycznej pacjenta
(imię i nazwisko)

- Dokumentacja jest kompletna i nieuszkodzona*
- Dokumentacja jest niekompletna i uszkodzona*
(należy sporządzić protokół zaginięcia)

.....
(data i czytelny podpis osoby zdającej)

.....
(data i czytelny podpis osoby odbierającej)

* - *proszę zaznaczyć X we właściwej rubryce*