

**KARTA UDOSTĘPNIENIA DOKUMENTACJI MEDYCZNEJ**

**PACJENTA ..................................................................... PESEL ................................**

**DO WGLĄDU W ORYGINAŁACH**

Ja niżej podpisana/-y ................................................................................................................................................

potwierdzam fakt udostępnienia mi w dniu ................................................. wglądu do następujących oryginałów dokumentacji medycznej ww. pacjenta :

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

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

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

 *czytelny podpis odbiorcy*

Tożsamość osoby dokonującej wglądu w dokumentację medyczną stwierdzono na podstawie :

..................................................................................................nr .............................................................................

*podać nazwę dokumentu tożsamości*

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

*czytelny podpis udostępniającego*