



SZPITAL KLINICZNY
IM. KAROLA JONSCHERA
Uniwersytetu Medycznego
im. Karola Marcinkowskiego
W POZNANIU

QD-02/QPDSM-001
UPOWAŻNIENIE DO ODBIORU DOKUMENTACJI
MEDYCZNEJ

Wydanie 1 z dnia 18.12.2025

Data obowiązywania 18.12.2025

Podstawa/ źródło Standardy Akredytacyjne IM 4,
Ustawa o prawach pacjenta i
Rzeczniku Praw Pacjenta

Podstawa

*Upoważnienie należy wydrukować i zabrać ze sobą wraz z dokumentem tożsamości w celu weryfikacji nr PESEL

1. DANE OSOBY UPOWAŻNIAJĄCEJ- PACJENT/RODZIC/OPIEKUN PRAWNY/PRZEDSTAWICIEL USTAWOWY

NAZWISKO.....

IMIĘ.....

Adres: ulica i numer domu/mieszkania.....

Kod pocztowy..... Miejscowość.....

Nr telefonu kontaktowego.....

2. Na podstawie art. 26 ustawy z dnia 6 listopada 2008 r. o prawach pacjenta i Rzecznika Praw Pacjenta

UPOWAŻNIAM

3. DANE OSOBY UPOWAŻNIONEJ DO ODBIORU

NAZWISKO.....

IMIĘ.....

Nr PESEL

--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--

do odbioru mojej dokumentacji medycznej w Dziale Statystyki Medycznej Szpitala Klinicznego im. K. Jonschera UM w
Poznaniu ul. Szpitalna 27/33, 60-572 Poznań

.....
data wypełnienia wniosku

.....
czytelny podpis osoby upoważniającej

.....
podpis osoby wydającej dokumentację medyczną

