

## ZOBOWIĄZANIE

(w przypadku wydawania oryginału dokumentacji medycznej)

Ja, niżej podpisany/podpisana ..... PESEL .....

zobowiązuję się do zwrotu udostępnionej w dniu ..... dokumentacji medycznej wydanej w oryginale, po wykorzystaniu.

Rodzaj udostępnionej w oryginale dokumentacji (*wypełnia pracownik Szpitala*):

Rodzaj dokumentacji	Okres hospitalizacji	Miejsce udzielania świadczeń	Ilość stron
Dokumentacja z hospitalizacji			
Dokumentacja z leczenia ambulatoryjnego			

Łódź, dnia .....

.....

Podpis pacjenta/przedstawiciela ustawowego/ osoby upoważnionej

.....

### ZWROT DOKUMENTACJI UDOSTĘPNIONEJ W ORYGINALE

Data zwrotu dokumentacji	Potwierdzenie kompletności dokumentacji	Podpis pracownika Szpitala	Podpis Pacjenta/ Przedstawiciela ustawowego/ Osoby upoważnionej

Podstawa prawna:

Ustawa z dnia 6 listopada 2008 r. o prawach pacjenta i Rzeczniku Praw Pacjenta  
(tj. Dz. U. z 2020 r. poz. 849, ze zmianami)