**ZAŁĄCZNIK NR 1 G**

**EWIDENCJA UDOSTĘPNIANEJ DOKUMENTACJI MEDYCZNEJ W TRYBIE ART. 26 I 27 USTAWY O PRAWACH PACJENTA I RZECZNIKU PRAW PACJENTA**

|  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| **L.p.** | **Imię i nazwisko pacjenta, którego dotyczy wniosek** | **Imię i nazwisko osoby/ podmiotu, któremu została udostępniona dokumentacja medyczna** | **Sposób udostępnienia** | **Zakres udostępnienia** | **Data udostępnienia** | **Imię i nazwisko osoby przekazującej dokumentację medyczną** | **Podpis osoby przekazującej dokumentację medyczną** | **Podpis Administratora** |
|  |  |  |  |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |  |  |  |