

PODANIE O WYDANIE KOPII/ODPISU/WYCIĄGU* DOKUMENTACJI MEDYCZNEJ

Imię i nazwisko Pacjenta

PESEL:, zamieszkały:

Ja, niżej podpisany, legitymujący się dowodem osobistym nr.....

zwracam się z prośbą o wydanie kopii/odpisu/wyciągu dokumentacji medycznej dotyczącej procesu leczenia i diagnozowania w:

- poradni: /nazwa poradni/.....

- szpitalu: /data hospitalizacji/.....

- w formie płyty DVD : /data zabiegu, data, badania/.....

Telefon kontaktowy

Jednocześnie upoważniam:

/imię i nazwisko/.....

legitymującego (cej) się dowodem osobistym nr

do odbioru kopii mojej dokumentacji medycznej.

.....
Data i podpis Pacjenta

.....
Data i podpis innego podmiotu uprawnionego*

.....
Czytelny podpis osoby przyjmującej

Potwierdzam odbiór sporządzonej kopii/ wyciągu/odpisu dokumentacji medycznej.

.....
data i potwierdzenie pacjenta (osoby upoważnionej, innego podmiotu uprawnionego)

.....
Podpis osoby wydającej dokumentację

*Niepotrzebne skreślić

*Innym podmiotem uprawnionym może być: przedstawiciel ustawowy, osoba upoważniona przez pacjenta oraz inne podmioty wymienione w art. 18 ust.3 ustawy z dnia 30 sierpnia 1991 r. o zakładach opieki zdrowotnej.

Uwagi:

Kopia zostanie sporządzona przez upoważnionego pracownika w okresie **do 7-miu dni roboczych** i wydana uprawnionej osobie natomiast oryginał pozostaje w placówce Scanmed S.A.

DOKUMENT DO ZWROTU