

Szpital Powiatowy w Wyrzysku Sp. z o. o.

ul. 22 Stycznia 41, 89-300 Wyrzysk

tel.: +48 67 286 26 22

fax: +48 67 286 24 63

e-mail: szpitalwyrzysk@wp.pl

http://szpitalwyrzysk.com



Załącznik do
„Zasad udostępnienia dokumentacji medycznej
na zewnątrz Szpitala Powiatowego w Wyrzysku Sp. z o. o.”

Wniosek o wydanie

wyciągu/ odpisu/ kopii/ wydruku/ na informatycznym nośniku danych/ oryginału*
dokumentacji medycznej

1. Dane Wnioskodawcy:

Nazwisko: Imię PESEL:

Adres zam.: Tel.

2. Wniosek dotyczy*:

- 1) mojej osoby
- 2) osoby, której jestem przedstawicielem ustawowym
- 3) osoby, która mnie upoważniła poniżej

3. Dane pacjenta, którego dokumentacja dotyczy:

Nazwisko: Imię PESEL:

Przebywał: Oddział/ Poradnia/ Pracownia* Data hospitalizacji / wizyty:

Opis dokumentacji, której dotyczy wniosek

.....
.....

4. Sposób odbioru dokumentacji:

- osobiście
- przesłanie pocztą (wyrażam zgodę na wystawienie faktury bez mojego podpisu)

.....
(data i podpis Wnioskodawcy)

*niepotrzebne skreślić

Upoważnienie do wydania / odbioru dokumentacji medycznej

Ja (imię i nazwisko, adres zam., PESEL)
upoważniam Pana/Panią* (imię i nazwisko, adres zam.)
legitymującego się dokumentem tożsamości nr do odbioru
dokumentacji medycznej pacjenta (imię i nazwisko, PESEL)

.....
(data i podpis)

.....
(data i podpis osoby wydającej dokumentację)

.....
(data i podpis osoby odbierającej dokumentację)