

Warszawa, dn.....

.....
Imię i nazwisko:

.....
Adres zamieszkania:

PESEL.....Tel. Kontaktowy.....
przedstawiciel ustawy / osoba upoważniona przez pacjenta*

**Do Dyrektora
Międzyleskiego Szpitala
Specjalistycznego w Warszawie
04-749 Warszawa,
ul. Bursztynowa 2**

**WNIOSEK UPOWAŻNIONEGO
o udostępnienie dokumentacji medycznej**
Proszę o udostępnienie dokumentacji medycznej pacjenta:

Imię i
nazwisko.....
Adres zamieszkania.....
Nr PESEL.....
Rodzaj dokumentacji.....Data hospitalizacji/porady.....
Oddział/Poradnia.....
w formie kopii, wyciągu, odpisu, kserokopii* dokonanej na mój koszt.
Udostępnienie w celu.....

.....
podpis pracownika sprawdzającego obecność
upoważnienia w dokumentacji medycznej

.....
czytelny podpis wnioskodawcy

.....
podpis Dyrektora lub osoby upoważnionej

.....
Dokumenty otrzymałam/em dnia

.....
Data i czytelny podpis Wnioskodawcy

*niepotrzebne skreślić
Wydanie III z dnia 27.05.2013r.

UPOWAŻNIENIE

(Dotyczy: Pacjentów, którzy w trakcie udzielenia świadczenia nie upoważnili wnioskodawcy do otrzymania kopii, wyciągu, odpisu dokumentacji medycznej lub upoważniają do odbioru oryginału wyniku badania diagnostycznego.)

Ja niżej podpisany upoważniam

Panią / Pana* :

PESEL.....,

Adres zamieszkania:.....

.....
tel.,

legitymującego się dowodem osobistym nr..... do otrzymania
kopii dokumentacji medycznej, wyciągu, odpisu lub do odbioru wyniku badania
diagnostycznego* .Rodzaj dokumentacji / data udzielenia świadczenia:

.....
Data i czytelny Podpis Pacjenta.....

*niepotrzebne skreślić
Wydanie I z dnia 27.05.2013r.