

Malbork dnia

Imię i nazwisko:
Adres zamieszkania:
PESEL:
Tel. Kontaktowy:
przedstawiciel ustawy / osoba upoważniona przez pacjenta*

Do Dyrektora
Pracowni Rezonansu Magnetycznego
„PROSCAN” w Malborku

**WNIOSEK UPOWAŻNIONEGO
o udostępnienie dokumentacji medycznej**

Proszę o udostępnienie dokumentacji medycznej pacjenta:

Imię i nazwisko:
Adres zamieszkania:
Nr PESEL:
Rodzaj dokumentacji:
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

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 25.08.2017 r.

Malbork dnia

Imię i nazwisko:

Adres zamieszkania:

PESEL:

Tel. Kontaktowy:

przedstawiciel ustawowy / osoba upoważniona przez pacjenta*

Do Dyrektora
Pracowni Rezonansu Magnetycznego
„PROSCAN” w Malborku

**WNIOSEK PACJENTA
o udostępnienie dokumentacji medycznej**

Proszę o udostępnienie mojej dokumentacji medycznej / dokumentacji zbiorczej w zakresie dotyczącym mojej osoby*, w formie kopii, wyciągu, odpisu, kserokopii* dokonanej na mój koszt.

Rodzaj Dokumentacji:

Data badania :

.....
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 I z dnia 25.08.2017r.