Załącznik nr 2 do Zarządzenia Wewnętrznego Prezesa nr 16/2016 z dnia 27 grudnia 2016 roku

Kraków, dnia ……..r.

DRUK
dot. udostępnienie dokumentacji medycznej
(na podstawie Ustawy o prawach pacjenta i Rzeczniku Praw Pacjenta z dnia 6 listopada 2008 roku (Dz.U.2012.159 j.t. ze zm.)

Nazwa i adres poradni:

……

……

……

Dane osobowe pacjenta:

Imię, nazwisko: ……

Adres ……

PESEL ……..

Telefon kontaktowy: …….....

Uwagi: ……...

CAŁOŚĆ ☐ ZA OKRES OD …….. DO ……..

Forma udostępnienia*: do wglądu ☐ wyciąg ☐ odpis ☐ kopia ☐ uwierzytelniona kopia ☐ oryginał ☐

Zobowiązuje się do pokrycia kosztów udostępnienia zgodnie z art. 28 w/w Ustawy.

…… ……

podpis osoby przyjmującej wniosek (data, czytelny podpis pacjenta lub osoby upoważnionej (oświadczenie w dokumentacji medycznej)

Miejsce odbioru:

- ☐ Przychodnia
- ☐ Administracja NZOZ Kraków - Południe ul. Szwedzka 27
- ☐ Inne ……..

Potwierdzam odbiór dokumentacji medycznej.

data, czytelny podpis ……..... …….....
seria i numer dokumentu tożsamości

*właściwe zakreślić : X

Kraków, dnia ……..r.

DRUK
dot. udostępnienie dokumentacji medycznej
(na podstawie Ustawy o prawach pacjenta i Rzeczniku Praw Pacjenta z dnia 6 listopada 2008 roku (Dz.U.2012.159 j.t. ze zm.)

Nazwa i adres poradni:

……

……

……

Dane osobowe pacjenta:

Imię, nazwisko: ……

Adres ……

PESEL ……..

Telefon kontaktowy: …….....

Uwagi: ……...

CAŁOŚĆ ☐ ZA OKRES OD …….. DO ……..

Forma udostępnienia*: do wglądu ☐ wyciąg ☐ odpis ☐ kopia ☐ uwierzytelniona kopia ☐ oryginał ☐

Zobowiązuje się do pokrycia kosztów udostępnienia zgodnie z art. 28 w/w Ustawy.

…… ……

podpis osoby przyjmującej wniosek (data, czytelny podpis pacjenta lub osoby upoważnionej (oświadczenie w dokumentacji medycznej)

Miejsce odbioru:

- ☐ Przychodnia
- ☐ Administracja NZOZ Kraków - Południe ul. Szwedzka 27
- ☐ Inne ……..

Potwierdzam odbiór dokumentacji medycznej.

data, czytelny podpis ……..... …….....
seria i numer dokumentu tożsamości

*właściwe zakreślić : X