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