

.....
Nazwisko i imię pacjenta

Rzeszów, dnia

.....
Adres zamieszkania

.....
PESEL

.....
Poradnia - Nr kartoteki / Oddział - Nr ks. Głównej

.....
(za jaki okres leczenia wykonać ksero – ile razy)

.....
(czy kserować wyniki badań)

**Dyrekcja
Szpitala Wojewódzkiego Nr 2
im. Św. Jadwigi Królowej
w Rzeszowie**

Proszę o wyrażenie zgody na wykonanie kserokopii dokumentacji medycznej z Oddziału/Poradni*.

Kserokopię dokumentacji medycznej odbierze:

- ☐ pacjent osobiście,
- ☐ przedstawiciel ustawowy pacjenta,
- ☐ osoba posiadająca upoważnienie od pacjenta, legitymująca się dokumentem tożsamości.

Zobowiązuję się do pokrycia kosztów wykonania kserokopii dokumentacji medycznej zgodnie z cennikiem obowiązującym w Szpitalu i odebrania w/w dokumentacji do 14-tu dni od daty złożenia wniosku. W przypadku nie odebrania kserokopii dokumentacji medycznej zostanie wystawiona faktura za wykonaną usługę i przesłana na adres wskazany we wniosku.

Kserokopia dokumentacji medycznej, zostanie wykorzystana do dalszego leczenia:

☐ tak ☐ nie *

.....
czytelny podpis osoby wnioskującej

Potwierdzam odbiór kserokopii dokumentacji medycznej.

Dowód osobisty, seria

Wydany przez

Rzeszów ,dnia

.....
czytelny podpis pacjenta /
przedstawiciela ustawowego /
osoby upoważnionej *

* właściwe zakreślić