

.....
Nazwisko i imię pacjenta

Rzeszów, dnia

.....
Adres zamieszkania

.....
PESEL

.....
Poradnia - Nr kartoteki, Klinika / Oddział - Nr Ks. Głównej

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

.....
(czy kserować wyniki badań)

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

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

Kserokopię dokumentacji medycznej odbierze:

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

Zobowiązuję się do odebrania w/w dokumentacji w okresie 14-tu dni od daty złożenia wniosku.

Oplaty nie pobiera się w przypadku udostępnienia dokumentacji medycznej pacjentowi albo jego przedstawicielowi ustawowemu **po raz pierwszy** w żądanym zakresie.

Za kolejne udostępnienie dokumentacji medycznej, podmiot udzielający świadczeń zdrowotnych może pobierać opłatę.

.....
data i czytelny podpis osoby wnioskującej

Potwierdzam odbiór kserokopii dokumentacji medycznej.

Rzeszów, dnia

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

* właściwe zakreślić

Tożsamość osoby odbierającej dokumentację medyczną stwierdzono na podstawie:

.....
(nazwa dokumentu)

.....
czytelny podpis osoby wydającej
kserokopię dokumentacji medycznej