

UPOWAŻNIENIE DO WYDANIA DOKUMENTACJI MEDYCZNEJ

Ja, niżej podpisany(a)PESEL.....
(imię i nazwisko)

UPOWAŻNIAM

Pana / Panią (Proszę wypełnić drukowanymi literami)

.....PESEL.....
(imię i nazwisko)

do odbioru dokumentacji medycznej, dotyczącej mojej osoby:

- historii choroby leczenia w oddziale szpitalnym**
Odbiór wyników: w godzinach pracy Ruchu Chorych - Pawilon D, Parter, od poniedziałku do piątku w godz.. 08:00 – 14:30
- historii zdrowia i choroby w Centrum Poradni Specjalistycznej**
Odbiór wyników: w godzinach pracy rejestracji Centrum Poradni Specjalistycznych – od poniedziałku do piątku w godz.. 07:30 – 20:00
- dokumentacji medycznej z Poradni Rehabilitacji Leczniczej**
Odbiór wyników: w godzinach pracy rejestracji Poradni Rehabilitacji Leczniczej ul. Wojska Polskiego 3
- wyników z badania Endoskopii (dotyczy badań zleconych z placówek zewnętrznych)**
Odbiór wyników: w godzinach pracy rejestracji Centrum Endoskopii – od poniedziałku do piątku w godz.. 07:30 – 14:30
- wyników z badania RTG / TK**
Odbiór wyników: w godzinach pracy Centrum Diagnostyki Obrazowej – od poniedziałku do piątku w godz.. 07:30 - 18:00
- wyników z badań laboratoryjnych / serologicznych**
Odbiór wyników: w godzinach pracy Punktu Pobrań, od poniedziałku do piątku w godz. 07:00 – 14:30, soboty w godz.. 07:00 -14:00
- wyników z badań mikrobiologicznych**
Odbiór wyników: w godzinach pracy Pracowni Mikrobiologii i Epidemiologii – ul. Konstytucji 3 maja - I piętro od poniedziałku do piątku w godz.. 7:30 – 15:00
- innej zgodnie z wnioskiem o udostępnienie dokumentacji medycznej**

.....
Data

.....
Czytelny podpis pacjenta

*Każdorazowo należy osobę upoważnioną poprosić o okazanie dokumentu ze zdjęciem np. dowodu osobistego, paszportu w celu weryfikacji tożsamości.

Ustawa z dnia 6 listopada 2008 r. o prawach pacjenta i Rzeczniku Praw Pacjenta (Dz. U. 2009 Nr 52 poz. 417 tekst jednolity z późn. zm.)