

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:

- ☐ **historii choroby leczenia w oddziale szpitalnym**
Odbiór wyników: Ruch Chorych - Pawilon D, Parter; od poniedziałku do piątku w godz. 07:30 – 14:30
- ☐ **historii zdrowia i choroby w Centrum Poradni Specjalistycznej**
Odbiór wyników: Centrum Poradni Specjalistycznych – Rejestracja, Pawilon B - Parter
od poniedziałku do piątku w godz. 07:30 – 20:00
- ☐ **dokumentacji medycznej z Poradni Rehabilitacji Leczniczej**
Odbiór wyników: Poradnia Rehabilitacji Leczniczej ul. Wojska Polskiego 3 – w godzinach pracy rejestracji
- ☐ **wyników z badań wykonanych w Pracowni Endoskopii** (dotyczy badań zleconych z placówek zewnętrznych)
Odbiór wyników: Centrum Endoskopii – Rejestracja, Pawilon B - II Piętro
od poniedziałku do piątku w godz. 07:30 – 14:30
- ☐ **wyników z badania RTG / TK**
Odbiór wyników: Centrum Diagnostyki Obrazowej – Rejestracja, Pawilon C - Poziom -1
od poniedziałku do piątku w godz. 07:30 - 18:00
- ☐ **wyników z badań laboratoryjnych / serologicznych / mikrobiologicznych**
Odbiór wyników: Punkt Pobrań, Pawilon C - Poziom -1 od poniedziałku do piątku w godz. 07:00 – 14:30,
soboty w godz. 07:00 -12:00
- ☐ **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.)