ZAŁACZNIK NR 7

internus

Puławy, ……

WNIOSEK O WYDANIE DOKUMENTACJI MEDYCZNEJ OSOBIE UPOWAŻNIONEJ PRZEZ PACJENTA

Ja ……..…… w/w, oświadczam, że jestem osobą upoważnioną

(imię i nazwisko, PESEL osoby upoważnionej przez pacjenta)

przez:

…….. w oświadczeniu z dnia: …… do:

(imię i nazwisko pacjenta, PESEL)

- uzyskiwania informacji o stanie zdrowia i udzielonych świadczeniach zdrowotnych w Centrum Medycznym Internus Sp. z o. o.,
- uzyskiwania dokumentacji medycznej we wszelkich prawnie dopuszczalnych formach udostępniania dokumentacji medycznej w Centrum Medycznym Internus Sp. z o. o.

……

czytelny podpis składającego oświadczenie

Proszę o wydanie dokumentacji medycznej:

……..……..……

Poradnia Lekarz prowadzący

w celu:

…….

Prośba o wydanie dokumentacji medycznej :

- ☐ kopii dokumentacji medycznej/wydruku dokumentacji z systemu elektronicznego
- ☐ kopii dokumentacji medycznej/dokumentacji z systemu elektronicznego na płycie CD

…… ..... ……

data, czytelny podpis osoby przyjmującej podanie data, czytelny podpis wnioskodawcy

…… ……...

data, czytelny podpis osoby wydającej potwierdzenie odbioru, data ,czytelny podpis

Podstawa prawna: art. 23, 26,27, 28 ustawy o prawach pacjenta i Rzeczniku praw Pacjenta (Dz. U. 2009 Nr 52 poz. 417 z późn. zm.)