

	Program Poprawy Jakości		Strona 2 z 2
	Załącznik nr: G1_Pr-2/Z1		Wydanie II
		Tytuł:	Wniosek o udostępnienie dokumentacji medycznej

Zobowiązuję się do pokrycia kosztów zgodnych z obowiązującym cennikiem MSB Sp. z o.o. (nie dotyczy sytuacji, gdy dokumentacja medyczna udostępniana jest po raz pierwszy w żądanym zakresie lub w związku z postępowaniem przed wojewódzką komisją do spraw orzekania o zdarzeniach medycznych, pacjentom posiadającym kartę DILO)

Data, czytelny podpis wnioskodawcy

UPOWAŻNIENIE

Upoważniam do odbioru mojej dokumentacji medycznej osobę:

Imię.....

Nazwisko

Nr dokumentu tożsamości

Czytelny Podpis pacjenta

Data

POTWIERDZENIE ODBIORU/UDOSTĘPNIENIA DO WGLĄDU

Potwierdzam:

odbiór dokumentacji medycznej

wgląd do dokumentacji medycznej zgodnie ze złożonym wnioskiem

Imię i Nazwisko (czytelny podpis)

Data

Tożsamość osoby odbierającej dokumentację medyczną została stwierdzona na podstawie (wskazać rodzaj dokumentu tożsamości):

Imię i nazwisko pracownika szpitala (podpis).....