

Oświadczam, iż:

- 1) zobowiązuję się do poniesienia kosztów udostępnienia dokumentacji medycznej, zgodnie z art. 28 Ustawy z dnia 6 listopada 2008r. o prawach pacjenta i Rzeczniku Praw Pacjenta (Dz.U. 2017 r. poz. 1318 j.t.)

.....
miejsowość, data

.....
podpis wnioskodawcy

2. Wypełnić przy odbiorze dokumentacji.

Oświadczam, że potwierdzam odbiór mojej dokumentacji medycznej / dokumentacji medycznej dotyczącej

imię i nazwisko pacjenta

.....
miejsowość, data

.....
podpis wnioskodawcy

(wypełnia pracownik Działu Rozliczeń i Statystyki)

POTWIERDZENIE WYDANIA DOKUMENTACJI

Dokumentacja:

- wysłana pocztą na wskazany adres w dniu:
- odebrana osobiście przez pacjenta, odebrana przez osobę upoważnioną przez pacjenta: (upoważnienie w dokumentacji medycznej, odrębne pisemne upoważnienie załączone do wniosku)

Przed podpisaniem ww. oświadczenia i wydaniem dokumentacji medycznej potwierdziła (-em) tożsamości pacjenta / osoby odbierającej dokumentację na podstawie okazanego dokumentu tożsamości.

.....
Data

.....
imię i nazwisko oraz podpis osoby odbierającej powyższe oświadczenie

*Właściwe podkreślić

** wypełnia osoba posiadająca wyrok sądowy