Załącznik nr 1

Ryki, dnia ………………………

……………………………………

 Imię nazwisko pacjenta

…………………………………….

 Adres

…………………………………….

 PESEL

……………………………………..

 Tel. kontaktowy

**PREZES ZARZĄDU**

**SZPITALA POWIATOWEGO w Rykach sp. z o. o.**

**ul. Żytnia 23**

**08-500 Ryki**

**WNIOSEK**

Zwracam się z wnioskiem o wydanie kserokopii (oryginału\*) dokumentacji medycznej

…………………………………………………………………………………………………..

 Np. historia choroby, karta informacyjna, wyniki badań – jakie lub inne

w celu …………………………………...………… za okres ……………………………….

Oświadczam, że zostałem poinformowany/a o kosztach, które zobowiązuję się pokryć.

Dokumentację medyczną:

1. odbiorę osobiście\*,
2. odbierze osoba przeze mnie upoważniona\*.

 Niepotrzebne skreślić \*

 ………………………………………………

 Czytelny podpis wnioskującego

**Potwierdzenie wydania dokumentacji – wypełnia pracownik szpitala**

Tożsamość osoby odbierającej kopię dokumentacji medycznej stwierdzono na podstawie:

……………………………………………………. Seria ……………. Nr …………………

 nazwa dokumentu tożsamości

 **Dokumentację otrzymałem: Dokumentację wydał/a:**

………………………………………. ……………………………………….

 data, czytelny podpis odbierającego data, czytelny podpis pracownika wydającego