

Rzeszów, dnia .....

.....  
Nazwisko i imię pacjenta

.....  
Adres zamieszkania

.....  
PESEL

.....  
Poradnia - Nr kartoteki , Klinika / Oddział - Nr Ks. Głównej

.....  
(za jaki okres leczenia wykonać ksero – ile razy)

.....  
(czy kserować wyniki badań )

**Dyrekcja  
Klinicznego Szpitala  
Wojewódzkiego Nr 2  
im. Św. Jadwigi Królowej  
w Rzeszowie**

Proszę o wyrażenie zgody na wykonanie kserokopii dokumentacji medycznej z Kliniki / Oddziału / Poradni\*.

Kserokopię dokumentacji medycznej odbierze:

- pacjent osobiście,
- przedstawiciel ustawowy pacjenta,
- osoba posiadająca upoważnienie od pacjenta, legitymująca się dokumentem tożsamości.

**Zobowiązuję się do odebrania w/w dokumentacji w okresie 14-tu dni od daty złożenia wniosku.**

**Oplaty nie pobiera się** w przypadku udostępnienia dokumentacji medycznej pacjentowi albo jego przedstawicielowi ustawowemu **po raz pierwszy** w żądanym zakresie.

**Za kolejne udostępnienie dokumentacji medycznej,** podmiot udzielający świadczeń zdrowotnych może pobierać opłatę.

**Kserokopia dokumentacji medycznej, zostanie wykorzystana do dalszego leczenia:**

- tak**
- nie \***

.....  
czytelny podpis osoby wnioskującej

**Potwierdzam odbiór kserokopii dokumentacji medycznej.**

Dowód osobisty: seria, nr .....

Wydany przez .....

Rzeszów, dnia .....

.....  
czytelny podpis pacjenta /  
przedstawiciela ustawowego /  
osoby upoważnionej \*

\* właściwe zakreślić

Sprawdzono tożsamość osoby upoważnionej .....

.....  
data i czytelny podpis osoby wydającej  
kserokopię dokumentacji medycznej