



# 107 SZPITAL WOJSKOWY Z PRZYCHODNIĄ SAMODZIELNY PUBLICZNY ZAKŁAD OPIEKI ZDROWOTNEJ

Wałcz, .....

.....

Imię i Nazwisko

.....

Adres i telefon

.....

Pesel

## 1. OŚWIADCZENIE PACJENTA

Oświadczam, że zostałem/am poinformowany/a o przysługujących Pacjentowi prawach oraz o prawie do odbioru mojej dokumentacji osobiście lub przez osobę upoważnioną przeze mnie.

Upoważniam niżej wymienioną osobę do

- uzyskiwania informacji o stanie mojego zdrowia i udzielanych świadczeniach zdrowotnych
- uzyskiwania mojej dokumentacji medycznej
- wglądu do dokumentacji medycznej w przypadku mojej śmierci

Powyższe upoważnienie ważne jest do czasu odwołania go przeze mnie.

Wyrażam zgodę na przeprowadzenie badania lub udzielenie innego świadczenia zdrowotnego, na zasadach określonych w rozdziale 5 ustawy z dnia 6 listopada 2008 roku o prawach Pacjenta i Rzeczniku Praw Pacjenta (tekst pierwotny DZ.U.2020r., poz.849 z późniejszymi zmianami).

.....  
Imię i Nazwisko osoby upoważnionej

.....  
Podpis pacjenta

.....  
Seria i numer d.o. osoby upoważnionej

## 2. PRZEKAZANIE DOKUMENTACJI MEDYCZNEJ

Zwracam się z uprzejmą prośbą o wysłanie dokumentacji medycznej na poniższy adres:

.....  
.....

**ADRES**

Zobowiązuję się do pokrycia kosztów wysyłki, które są zgodne z obecnie obowiązującym cennikiem 107 Szpitala Wojskowego w Wałczu, dostępnym na stronie internetowej szpitala. Przyjmuję do wiadomości, że dokumentacja zostanie wysłana po uiszczeniu przeze mnie opłaty.

.....  
Podpis pacjenta