…… ……..

imię nazwisko miejscowość data

……

nr PESEL, nr dowodu osobistego

Dyrekcja Warszawskiego Szpitala dla Dzieci SPZOZ
ul. Kopernika 43
Warszawa

Oświadczam, że jestem rodzicem*/opiekunem prawnym* dziecka

…… …… ……..……..

imię nazwisko wiek nr Pesel pacjenta

i zwracam się z prośbą o udostępnienie wyników badań obrazowych*/dokumentacji medycznej* / do wglądu*/ w postaci kopii */ odpisu*/ wyciągu*/ postaci płyty CD * z hospitalizacji*/ leczenia ambulatoryjnego* mojego dziecka

1. w ……
   nazwa jednostki/komórki organizacyjnej Szpitala

   z okresu …….

2. w……
   nazwa jednostki/komórki organizacyjnej Szpitala

   z okresu …….

Zostałe/am poinformowany/a o wysokości opłaty za uzyskanie kopii, odpisu, wyciągu, płyty CD

KOPIA – dokument sporządzony z innego dokumentu, odzwierciedlający całą treść oryginału, bez żadnych dodatkowych oznaczeń, podpisów, pieczątek,

ODPIS – kopia lub wydruk **całego dokumentu**, opatrzone pieczątką pieczątką „Zgodność z oryginałem" oraz podpisem osoby upoważnionej do poświadczania dokumentów za zgodność z oryginałem.

WYCIĄG – dokument sporządzony z innego dokumentu, odzwierciedlający część treści oryginału, na opatrzony pieczątka „WYCIĄG", informacją z jakiego dokumentu został sporządzony wraz z datą tego dokumentu oraz podpisem osoby upoważnionej do sporządzenia wyciągu dokumentacji.

…… ……..

data podpis rodzica/opiekuna prawnego data podpis pacjenta (w przypadku pacjenta w wieku>16l.)

potwierdzam zgodność danych osobowych z okazanym dokumentem tożsamości

……

data podpis pracownika Szpitala

* niepotrzebne skreślić