



**SAMODZIELNY PUBLICZNY ZESPÓŁ
ZAKŁADÓW OPIEKI ZDROWOTNEJ
W OSTROWI MAZOWIECKIEJ**

07-300 Ostrów Mazowiecka, ul. Duboisa 68
tel. (029) 746 37 11, fax. (029) 746 37 06

www.szpitalostrowmaz.pl e-mail: spzozom@wp.pl



ISO 9001

BUREAU VERITAS
Certification



Oświadczenie pacjenta

imię i nazwisko....., PESEL

--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--

Upoważniam Panią /Pana

imię i nazwisko....., PESEL

--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--

legitymującego się dowodem tożsamości seria i nr.....

do odbioru mojej dokumentacji medycznej:

(właściwe zaznaczyć znakiem **X**)

recepty na leki / wyroby medyczne	
zlecenia na zaopatrzenie w wyroby medyczne	
wyniku badania RTG/TK/USG (niepotrzebne skreślić)	<p>Odbiór wyników:</p> <ul style="list-style-type: none"> ▪ w Pracowni RTG/TK/USG poniedziałek - piątek w godz. 10:00 - 18:00 ▪ w Pracowni Diagnostyki Mikrobiologicznej poniedziałek - piątek w godz. 13:00 - 18:30 ▪ w Centralnym Laboratorium Analitycznym poniedziałek - piątek w godz. 12:00 - 15:00 oraz 17:00 - 19:00 sobota - niedziela w godz. 13:00 - 16:00 ▪ w Pracowni Endoskopii poniedziałek - piątek w godz. 7:00 - 8:00 oraz 14:00 - 15:00 ▪ w Powiatowej Przychodni Zdrowia poniedziałek - piątek w godz. 07:00 - 18:00
wyników badań mikrobiologicznych	
wyników badań analitycznych	
wyniku badania endoskopowego	
innego wyniku:	

Upoważnienie jest ważne od dnia.....do dnia.....

Podstawa prawna:

- Ustawa z dnia 6 listopada 2008 r. o prawach pacjenta i Rzeczniku Praw Pacjenta (Dz. U z 2012 r., poz. 159 z późn. zm.). „Art. 26. 1. Podmiot udzielający świadczeń zdrowotnych udostępnia dokumentację medyczną pacjentowi lub jego przedstawicielowi ustawowemu, bądź osobie upoważnionej przez pacjenta.”
- Ustawa z dnia 29 sierpnia 1997r. O ochronie danych osobowych (Dz.U. Z 2002 Nr 101, poz 926 z późn. zm.).

Uwaga: osoba upoważniona może odebrać wynik badania, receptę za okazaniem dowodu tożsamości.

.....
miejsowość, data

.....
czytelny podpis pacjenta (imię i nazwisko)



**SAMODZIELNY PUBLICZNY ZESPÓŁ
ZAKŁADÓW OPIEKI ZDROWOTNEJ
W OSTROWI MAZOWIECKIEJ**

07-300 Ostrów Mazowiecka, ul. Duboisa 68
tel. (029) 746 37 11, fax. (029) 746 37 06

www.szpitalostrowmaz.pl e-mail: spzzozom@wp.pl



ISO 9001

BUREAU VERITAS
Certification



Oświadczenie pacjenta

imię i nazwisko....., PESEL

--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--

Upoważniam Panią /Pana

imię i nazwisko....., PESEL

--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--

legitymującego się dowodem tożsamości seria i nr.....

do odbioru mojej dokumentacji medycznej:

(właściwe zaznaczyć znakiem **X**)

recepty na leki / wyroby medyczne	
zlecenia na zaopatrzenie w wyroby medyczne	
wyniku badania RTG/TK/USG (niepotrzebne skreślić)	<p>Odbiór wyników:</p> <ul style="list-style-type: none"> ▪ w Pracowni RTG/TK/USG poniedziałek - piątek w godz. 10:00 - 18:00 ▪ w Pracowni Diagnostyki Mikrobiologicznej poniedziałek - piątek w godz. 13:00 - 18:30 ▪ w Centralnym Laboratorium Analitycznym poniedziałek - piątek w godz. 12:00 - 15:00 oraz 17:00 - 19:00 sobota - niedziela w godz. 13:00 - 16:00 ▪ w Pracowni Endoskopii poniedziałek - piątek w godz. 7:00 - 8:00 oraz 14:00 - 15:00 ▪ w Powiatowej Przychodni Zdrowia poniedziałek - piątek w godz. 07:00 - 18:00
wyników badań mikrobiologicznych	
wyników badań analitycznych	
wyniku badania endoskopowego	
innego wyniku:	

Upoważnienie jest ważne od dnia.....do dnia.....

Podstawa prawna:

- Ustawa z dnia 6 listopada 2008 r. o prawach pacjenta i Rzeczniku Praw Pacjenta (Dz. U z 2012 r., poz. 159 z późn. zm.). „Art. 26. 1. Podmiot udzielający świadczeń zdrowotnych udostępnia dokumentację medyczną pacjentowi lub jego przedstawicielowi ustawowemu, bądź osobie upoważnionej przez pacjenta.”
- Ustawa z dnia 29 sierpnia 1997r. O ochronie danych osobowych (Dz.U. Z 2002 Nr 101, poz 926 z późn. zm.).

Uwaga: osoba upoważniona może odebrać wynik badania, receptę za okazaniem dowodu tożsamości.

.....
miejsowość, data

.....
czytelny podpis pacjenta (imię i nazwisko)