

UPOWAŻNIENIE I POTWIERDZENIE ODBIORU WYNIKÓW BADAŃ OBRAZOWYCH


scanmed
SZPITAL VITAL MEDIC

Nazwisko i imię Pacjenta:		Numer telefonu pacjenta:
PESEL:	<input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/>	Rodzaj i numer badania:

Ja, niżej podpisany, upoważniam:

1. imię i nazwisko data urodzenia/pesel

2. imię i nazwisko data urodzenia/pesel

3. imię i nazwisko data urodzenia/pesel

do odbioru wyników moich badań wykonanych w dniu:

W załączeniu dokumentacja:

- CD
- USG
- Opisy
- Karta inf.
- Inne:

.....
Data i podpis Pacjenta/innego podmiotu upoważnionego

.....
Pieczętka/Czytelny podpis osoby przyjmującej

Niniejszym potwierdzam odbiór dokumentacji zdjęciowej – CD bez opisu

.....
Data i podpis Pacjenta/innego podmiotu upoważnionego

Niniejszym potwierdzam odbiór całości wyników badań (RTG, Rezonans, Tomograf) oraz dostarczonej dokumentacji.

.....
Data i czytelny podpis osoby przygotowującej wynik do wydania

.....
Data i podpis Pacjenta/innego podmiotu upoważnionego

.....
Data i czytelny podpis osoby wydającej wynik