**办理住院病历复印件邮寄委托书**

 **病历资料属于病人的隐私，邮递过程中可能会出现邮件丢失、破损、病历资料隐私泄露等情况发生，虽然病案室采取了封存等措施，但以上情况仍然不能绝对避免。在邮寄过程中还有其它一些意想不到的情况发生。**

 **患方已了解有关风险，决定选择邮寄病案复印件，是患方自愿的，邮寄期间发生的一切情况与三河市燕郊二三医院病案室无关，由患方承担一切损失。**

 **现特委托三河市燕郊二三医院病案室完成病案室的有关程序后帮助患方复印并交给第三方邮寄。**

**委托人姓名（患者）： 联系电话：**

**有效身份证件类别： 有效身份证件号码：**

**受托人姓名（代理人）： 联系电话：**

**有效身份证件类别： 有效身份证件号码：**

**邮寄受委托单位名称：三河市燕郊二三医院病案室**

**委托人于 年 月 日 在三河市燕郊二三医院住院，特授权委托三河市燕郊二三医院 病案室 办理住院病历复印邮寄，复印病历用途为 使用。**

 **凡由受委托人在上述委托权利内，代理委托人行为所造成的法律后果，受委托人均予以承认。**

 **委托期限为患者委托之日起1个月有效。**

 **委托人签字（手印）：**

 **受托人姓名（代理人）：**

 **邮寄受委托单位：三河市燕郊二三医院**

 **年 月 日**