

WNIOSEK O UDOSTĘPNIENIE DOKUMENTACJI MEDYCZNEJ

Imię, nazwisko Data ur./PESEL.....

Adres zam. tel. Kontaktowy

Dokumentacja medyczna dotyczy pacjenta *)

Imię, nazwisko Data ur./PESEL.....

Adres zam. tel. Kontaktowy

Dokumentacja dotyczy – Poradni/Oddziału/Inne

Z okresu/dnia

Rodzaj dokumentu medycznego:

- pełna historia choroby karta informacyjna wyniki badań RTG MRI TK Mammografia
 USG inne

Forma dokumentu:

- papierowa płyta CD kopia odpisu dokumentu

Liczba kopii dokumentacji uwierzytelniona / niewierzytelniona **)

- odbiorę osobiście proszę o przesłanie na adres j.w. – zobowiązuję się pokryć koszty kserokopii dokumentacji oraz przesyłki
 odbierze osoba upoważniona inne

* wypełnić w sytuacji gdy wnioskodawca wypisuje jako rodzic dziecka 18 rż, przedstawiciel ustawowy, osoba upoważniona

** właściwe podkreślić

.....
Data i czytelny podpis osoby wnioskującej

OŚWIADCZENIE

W przypadku nieodebrania zleconej do kopiowania dokumentacji medycznej w ciągu 14 dni od wyznaczonej daty odbioru, zobowiązuje się do pokrycia kosztów sporządzonej kopii oraz kosztów przesyłki. Jednocześnie wyrażam zgodę na wystawienie faktury bez mojego podpisu.

.....
Data i czytelny podpis osoby wnioskującej

Odbiór dokumentacji:

.....
Data i czytelny podpis osoby wydającej

.....
Data i czytelny podpis osoby odbierającej