



WNIOSEK O UDOSTĘPNIENIE DOKUMENTACJI MEDYCZNEJ

DANE PACJENTA

Imię i nazwisko:

PESEL:

Adres zamieszkania:

Kod pocztowy: Miejscowość:

Ulica Nr domu Nr lokalu

DANE OSOBY WNIOSKUJĄCEJ /wpisać w przypadku, gdy nie jest to pacjent/

Imię i nazwisko

Adres zamieszkania

PROSZĘ O UDOSTĘPNIENIE DOKUMENTACJI MEDYCZNEJ Z LECZENIA

Oddział za okres
..... od-do

Poradnia za okres
..... od-do

Inne /wymienić/.....

PROSZĘ O UDOSTĘPNIENIE DOKUMENTACJI MEDYCZNEJ W NASTĘPUJĄCEJ FORMIE:

/właściwe zakreślić/

Kopii	TAK	NIE
Zapisu CD	TAK	NIE
Do wglądu	TAK	NIE

SPOSÓB ODBIORU WNIOSKOWANEJ DOKUMENTACJI MEDYCZNEJ:

Odbiorę osobiście Proszę o przesłanie pocztą na w/w adres TAK NIE

TAK NIE Upoważniam do odbioru TAK NIE /właściwe zakreślić/
/właściwe zakreślić/

Imię i nazwisko

Seria i numer dokumentu tożsamości

Oświadczam, że zostałem poinformowany/a o wysokości opłaty za udostępnienie dokumentacji medycznej i zobowiązuję się do pokrycia kosztów jej sporządzenia i odbioru osobiście lub z kosztem przesyłki

.....
Czytelny podpis pacjenta/osoby wnioskującej

.....
Data wydania i podpis pracownika Sekcji
Dokumentacji Chorych i Statystyki Medycznej

.....
Data otrzymania i podpis osoby odbierającej

Nr KP Kwota.....