



Zamość, dnia:

WNIOSEK O WYDANIE DOKUMENTACJI MEDYCZNEJ W POSTACI

PIERWSZA KOPIA, KOLEJNA KOPIA, ODPIS, WYCIĄG, DO WGLĄDU
/proszę zakreślić właściwe/

DANE PACJENTA:

PESEL / lub data urodzenia/

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

IMIĘ I NAZWISKO

adres zamieszkania:

Nr kodu pocztowego:

Numer telefonu:

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

IMIĘ I NAZWISKO

Adres zamieszkania

Numer telefonu.....

Dokumentacja medyczna dotyczy leczenia:

w Oddziale od - do

w zakresie

w Poradni od - do

w zakresie

inne /wymienić/ od - do

Dokumentację odbiorę /proszę zakreślić właściwe/

Osobiście / za pośrednictwem osoby upoważnionej / proszę o wysłanie pocztą na adres

Upoważniam do odbioru:

Seria i numer dowodu osobistego:

Adres:

Oświadczam, że zostałem/am poinformowany/a o kosztach udostępnienia kolejnej kopii dokumentacji medycznej i zobowiązuję się do ich uiszczenia przy odbiorze .

Dokumentację wydano

.....
Czytelny podpis wnioskodawcy

Dokumentację otrzymałam/otrzymałem

.....
Data i podpis pracownika Sekcji
Dokumentacji Chorych i Statystyki Medycznej
NR KP Kwota.....

.....
Data i podpis osoby odbierającej