



WNIOSEK O WYDANIE DOKUMENTACJI MEDYCZNEJ

Dane osoby wnioskującej o wydanie dokumentacji:

Imię i nazwisko:.....

PESEL:

Adres zamieszkania:.....

Nr dowodu tożsamości:

Nr telefonu:

Dane pacjenta, którego dokumentacja dotyczy: (wypełnić, gdy wnioskodawcą jest inna osoba niż pacjent)

Imię i nazwisko pacjenta:

PESEL:

Wnioskuje o:

- wydanie kopii dokumentacji medycznej
- udostępnienie dokumentacji medycznej do wglądu

Rodzaj dokumentacji medycznej:

- nazwa oddziału / poradni / pracowni / inne
- okres leczenia

Dokumentację medyczną:

- odbiorę osobiście
- proszę wysłać na adres:.....
- odbierze osoba upoważniona:

.....
(imię i nazwisko, nr dokumentu dożsamości)

Zobowiązuję się do pokrycia kosztów wykonania kserokopii dokumentacji oraz kosztów ewentualnej wysyłki, zgodnie z cennikiem obowiązującym w SPZOZ w Szamotułach.

.....
(miejscowość, data)

.....
(podpis wnioskodawcy)

POTWIERDZENIE ODBIORU DOKUMENTACJI MEDYCZNEJ

Potwierdzam odbiór dokumentacji medycznej.

.....
(data i czytelny podpis osoby odbierającej dokumentację)

Dokumentację wydał:

.....
podpis pracownika