

WNIOSEK O UDOSTĘPNIENIE DOKUMENTACJI MEDYCZNEJ

Dane wnioskodawcy:

Imię i nazwisko

Adres zameldowania

Seria i numer dowodu osobistego

Telefon kontaktowy

Dane osoby, której dotyczy dokumentacja:

Imię i nazwisko

Data urodzenia

Proszę o udostępnienie dokumentacji medycznej:

z leczenia w Poradni:

z leczenia w Oddziale:

okresie od do

Zakres dokumentacji:

Karta informacyjna

Całość dokumentacji

Płytki CD

Zaświadczenie do rezonansu magnetycznego

Inne

Odbiór dokumentacji: Osobisty List polecony

Adres do korespondencji
.....

1. Zobowiązuję się do pokrycia kosztów, związanych z udostępnieniem dokumentacji medycznej według obowiązującego cennika.
2. W przypadku nieodebrania wnioskowanej dokumentacji, zobowiązuję się do pokrycia kosztów wysyłki.
3. Wyrażam zgodę na wystawienie faktury bez podpisu.
4. W przypadku udostępnienia dokumentacji medycznej osobie wskazanej przez pacjenta, należy dostarczyć stosowne upoważnienie.

.....
Data

.....
Podpis wnioskodawcy

TERMIN ODBIORU DOKUMENTACJI MEDYCZNEJ
(ustala pracownik Działu Statystyki i Dokumentacji Medycznej)