

WNIOSEK O WYDANIE DOKUMENTACJI MEDYCZNEJ NR /

Ja, niżej podpisany, zwracam się z uprzejmą prośbą o wydanie kopii dokumentacji medycznej:

Imię i nazwisko, PESEL lub data urodzenia, adres Pacjenta, którego dokumentacja dotyczy:

.....
.....

Określenie rodzaju dokumentacji medycznej:

- z pobytu w oddziale szpitalnym
(proszę wskazać oddział oraz daty hospitalizacji)
- ambulatoryjna
(Izba Przyjęć, Ambulatorium, Poradnia – jaka? oraz daty)

Uwagi (np. określenie zakresu dokumentacji, który chcą Państwo otrzymać):

.....
.....

Dokumentację medyczną odbiorę:

- osobiście
- upoważniam
(imię i nazwisko, nr dokumentu tożsamości osoby upoważnionej)
- proszę przesłać na adres

.....

Zobowiązuję się do pokrycia kosztów wykonania kserokopii dokumentacji zgodnie z cennikiem obowiązującym w Samodzielnym Publicznym Zakładzie Opieki Zdrowotnej w Augustowie.

.....
(data i czytelny podpis)

wpłynęło dnia :

ODBIÓR DOKUMENTACJI MEDYCZNEJ

Kwituję odbiór dokumentacji medycznej:

.....
(data i czytelny podpis)