

Wniosek o wydanie dokumentacji medycznej

Miejscowość, dnia

Imię i Nazwisko osoby wnioskującej

Adres..... tel.....

Dyrektor Zespołu Opieki Zdrowotnej w Suchej Beskidzkiej

Proszę o wydanie kserokopii dokumentacji medycznej z poradni / oddziału:

.....
..... za okres

pacjenta (Imię i Nazwisko).....

PESEL.....

lub nr dow. tożsamości tel.....

zamieszkałego

Kserokopię dokumentacji odbiorę osobiście / proszę wysłać pocztą na mój koszt*.

Zobowiązuję się do wniesienia opłaty za wykonanie kserokopii dokumentacji, w wysokości wynikającej z pomnożenia liczby kserowanych stron i stawkigr / stronę(*Ustawa o prawach pacjenta i rzeczniku praw pacjenta z dnia 6 listopada 2008 roku Dz. U. Nr 52, poz. 17 z 2009*) oraz do pokrycia kosztów przesyłki listem poleconym.

Czytelny podpis wnioskującego

Potwierdzam odbiór kserokopii dokumentacji /wyniki badań/ płyta CD*

Nr dowodu tożsamości osoby odbierającej.....

Nr dowodu wpłaty (jeżeli dotyczy).....

.....
Data / Czytelny podpis osoby wydającej *Czytelny podpis osoby odbierającej*

Nie wyrażam zgody* na wydanie kserokopii dokumentacji medycznej.

Uzasadnienie:.....

.....

.....
Czytelny podpis osoby wydającej / Dział Prawny

- niepotrzebne skreślić