

Bojano , dnia.....

Wniosek o wydanie kserokopii / wglądu do dokumentacji medycznej

1. Wnioskodawca:

Imię i Nazwisko

Nr PESEL																				
----------	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--

Adres zamieszkania

Numer telefonu kontaktowego

2. Dokumentacja medyczna dotyczy (wypełnić tylko w przypadku, gdy wnioskodawca zwraca się o udostępnienie dokumentacji jako przedstawiciel ustawy pacjenta lub z upoważnienia pacjenta)

Imię i Nazwisko

Nr PESEL																				
----------	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--

Adres zamieszkania

3. Dokumentacja dotyczy leczenia w poradni (podać nazwę)

..... okres leczenia

4. Wnioskuje o:

- wydanie kserokopii dokumentacji medycznej i zobowiązuje się do pokrycia kosztów jej wykonania zgodnie z cennikiem obowiązującym w ARS MEDICA Sp. z o.o. w Bojanie
- wgląd do dokumentacji medycznej

6. Dokumentację medyczną

- odbiorę osobiście;
- odbierze osoba przeze mnie upoważniona:

(imię i nazwisko upoważnionego)

.....
(czytelny podpis wnioskodawcy)

Data wpływu wniosku

.....

(czytelny podpis pracownika przyjmującego wniosek)

Potwierdzenie udostępnienia (wypełnia pracownik placówki)

1. Tożsamość osoby odbierającej kopię dokumentacji medycznej stwierdzono na podstawie:

- dowód osobisty inny dokument ze zdjęciem, jaki?

2. Ilość stron

3. Dokumentację wydano bezpłatnie

Wniesiono opłatę (gotówką/płatność kartą) w wysokości zł

.....

(czytelny podpis osoby odbierającej)

.....

(data, podpis pracownika wydającego)