



Nidzica, dnia.....

Dyrektor
Zespołu Opieki Zdrowotnej
w Nidzicy

WNIOSEK O UDOSTĘPNIENIE DOKUMENTACJI MEDYCZNEJ

1. Dane wnioskodawcy:

Imię i nazwisko....., PESEL.....

Adres zamieszkania....., nr tel.....

2. Dokumentacja medyczna dotyczy pacjenta¹

Imię i nazwisko....., PESEL.....

Adres zamieszkania.....

3. Dokumentacja dotyczy leczenia (podać nazwę PORADNI/ODDZIAŁU/PACJENTOWNI/ZAKŁADU)

.....

z dnia/okresu.....

4. Rodzaj dokumentu: pełna historia choroby, karta informacyjna, wyniki badań, inne.....

5. Liczba kopii dokumentacji.....

6. Dokumentację odbiorę osobiście, odbierze osoba upoważniona, proszę przesłać na adres j.w. – zobowiązuję się pokryć koszty kserokopii dokumentacji oraz przesyłki

Oświadczenie

W przypadku nieodebrania zleconej do kopiowania dokumentacji medycznej w ciągu 14 dni od wyznaczonej daty odbioru, zobowiązuję się do pokrycia kosztów sporządzonej kopii oraz kosztów przesyłki. Jednocześnie wyrażam zgodę na wystawienie faktury bez mojego podpisu.

.....
(data i czytelny podpis pacjenta, jego przedstawiciela ustawowego lub osoby upoważnionej)

Odbiór dokumentacji

Dnia.....dokumentację odebrano osobiście, wysłano listem poleconym

Czytelny podpis osoby wydającej.....

Czytelny podpis osoby odbierającej.....

¹ Wypełnić w wypadku gdy wnioskodawca wnioskuje o udostępnienie dokumentacji jako przedstawiciel ustawowy pacjenta lub osoba upoważniona