

WNIOSEK**o udostępnienie kopii (wyciągu, odpisu) dokumentacji medycznej**

1. Wnioskodawca:

Imię i nazwisko

Adres zamieszkania:

Pesel

--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--

Numer telefonu :

2. Dokumentacja medyczna dotyczy:

Imię i nazwisko

Adres zamieszkania:

Pesel

--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--

3. Dokumentacja dotyczy leczenia/diagnostyki w (podać nazwę komórki organizacyjnej i datę pobytu/badania)

.....

4. Rodzaj dokumentacji medycznej (np. historia choroby, karta informacyjne, wyniki badań, inna)

.....

5. Wnioskuję o wydanie kserokopii (wyciągu lub odpisu) dokumentacji medycznej określonej w pkt 4 w celu:

 dalszego leczenia w innym podmiocie leczniczym niezwiązane z dalszym leczeniem

Zobowiązuję się do pokrycia kosztów jej wykonania zgodnie z cennikiem obowiązującym z Centrum Opieki i Rehabilitacji „ZDROWIE” Sp. z o.o. w Częstochowie.

Dokumentację medyczną wymienioną w pkt 4:

 odbiorę osobiście odbierze osoba przeze mnie upoważniona

czytelny podpis wnioskodawcy

.....

Potwierdzenie udostępnienia

1. Tożsamość osoby odbierającej kopię (wyciąg, odpis) dokumentacji medycznej stwierdzono na podstawie:

..... seria. nr

(nazwa dokumentu tożsamości)

2. Ilość stron:

3. Wniesiono opłatę: zł

podpis osoby wydającej

.....