

.....
/imię, nazwisko/
.....
/seria i nr dowodu osobistego/
.....
/adres/
.....
/adres c. d./

Babki/ Świątniki,

WNIOSEK O WYDANIE DOKUMENTACJI MEDYCZNEJ

Ja niżej podpisany, zwracam się z prośbą o udostępnienie dokumentacji medycznej:

Imię i nazwisko Pacjenta którego dokumentacja dotyczy:

.....

określenie okresu sporządzonej dokumentacji medycznej :

od do

Poprzez:

- umożliwienie wglądu do dokumentacji w siedzibie Zakładu
- wydanie kopii, wydruku dokumentacji medycznej
- wydanie w innej formie (np. wyciągu, odpisu itp.)

Dokumentację medyczną odbiorę:

- osobiście
- upoważniam

imię i nazwisko, nr dokumentu tożsamości

Zobowiązuję się do pokrycia kosztów wykonania kserokopii, wydruku, odpisu, wyciągu dokumentacji zgodnie z cennikiem obowiązującym w NZPOZ BABKI. Przyjmuję do wiadomości, że obowiązek opłaty pozostaje aktualny także w przypadku, gdy udostępniona dokumentacja medyczna zostanie na mój wniosek sporządzona, lecz nie zostanie przeze mnie odebrana i zobowiązuję się tę opłatę uiścić również w takim przypadku.

.....

/czytelny podpis/