

.....
Imię Nazwisko

.....
Miejscowość i data

.....
PESEL lub data urodzenia.

.....
Adres zamieszkania

.....
nr dowodu tożsamości

WNIOSEK O WYDANI DOKUMENTACJI MEDYCZNEJ

Ja niżej podpisany, zwracam się z uprzejmą prośbą o wydanie kserokopii dokumentacji medycznej :

.....
Dane Pacjenta (osoby, której dokumentacja dotyczy)

.....
(określeniu rodzaju dokumentacji medycznej)

Poprzez:

umożliwienie wglądu do dokumentacji w siedzibie Szpitala Specjalistycznego

wydanie kopii dokumentacji medycznej

wydanie w innej formie (np. wyciągu, odpisu itp.).....

Dokumentację medyczną odbiorę:

osobiście

upoważniam

Imię Nazwisko, nr dokumentu tożsamości

proszę przesłać na adres:

Zobowiązuję się do pokrycia kosztów wykonania kserokopii dokumentacji zgodnie z cennikiem obowiązującym w Szpitalu Specjalistycznym w Kościerzynie oraz pokrycia kosztów przesyłki

.....
czytelny podpis

WYDANIE DOKUMENTACJI MEDYCZNEJ

.....
Data wydania dokumentu

1. Dane osoby odbierającej dokumentację medyczną stwierdzono na podstawie

.....
Imię Nazwisko (numer dokumentu tożsamości)

2. Pobrano opłatę w wysokości zł., z dnia

3. Wystawiono fakturę nr z dnia

4. Wysłano listem poleconym nr nadawczy z dnia

Pracownik wdający dokumentację medyczną:
data i czytelny podpis

Potwierdzenie odbioru dokumentacji medycznej:
data i czytelny podpis