

WNIOSEK O WYDANIE ODPISU/KOPII DOKUMENTACJI MEDYCZNEJ

Ja, niżej podpisany

PESEL _____ /lub data urodzenia* _____ tel. kontaktowy

(adres)

legitymujący(a) się dowodem tożsamości nr

* dotyczy tylko osób nieposiadających numeru PESEL

Wnioskuje o udostępnienie odpisu/kserokopii dokumentacji medycznej, znajdującej się w zasobach Centrum Opieki Medycznej EXTRA-MED Sp. z o.o., dotyczącej:

- mnie,
- osoby, której jestem prawnym opiekunem:
(imię i nazwisko osoby, PESEL)
- osoby, która mnie do tego upoważniła:
(imię i nazwisko osoby, PESEL)

Dokumentacja dotyczy:

- leczenia ambulatoryjnego w poradni
- inne

Wniosek dotyczy:

- pełnej dokumentacji
- dokumentacji z określonego okresu: od _____ do _____

Zobowiązuję się do pokrycia kosztów wykonania kopii dokumentacji, zgodnie z obowiązującym cennikiem, ustalonym na podstawie art 18 ust.4b oraz ust 4e ustawy o zakładach opieki zdrowotnej z dnia 30 sierpnia 1991r. (tekst jednolity Dz. U. Z 2007r, nr 14, poz 89 z późn. zm).

Odbiór zamówionej dokumentacji jest możliwy nie wcześniej niż w kolejnym dniu po złożeniu wniosku.

.....
(data)

.....
(czytelny podpis wnioskodawcy)

**DOKUMENTACJA WYDAWANA JEST TYLKO WNIOSKODAWCY LUB OSOBIE UPOWAŻNIONEJ
PRZEZ NIĄ NA PIŚMIE, ZA OKAZANIEM DOKUMENTU TOŻSAMOŚCI**

.....
(data)

.....
(podpis osoby odbierającej dokumentację)

.....
(podpis osoby wydającej dokumentację)