

Dane pacjenta wnioskującego o wydanie dokumentacji medycznej

Imię i nazwisko

PESEL _____

Adres..... Tel. kontaktowy:

Proszę o wydanie kserokopii dokumentacji medycznej z leczenia [] POZ [] AOS poradnia

Rodzaj dokumentacji:

[] Historia choroby za okres od do

[] Karta informacyjna leczenia szpitalnego

[] Badanie z dnia

Dokumentację odbiorę

[] osobiście

[] upoważniam do odbioru

(imię i nazwisko)

Zobowiązuję się do pokrycia kosztów wykonania kserokopii dokumentacji medycznej zgodnie z cennikiem obowiązującym w NZOZ „Twój Lekarz”

Chełmno, dn.

.....

(Podpis osoby składającej wniosek)

WYDANIE DOKUMENTACJI MEDYCZNEJ

Dane osoby odbierającej dokumentację medyczną stwierdzono na podstawie

Imię i nazwisko

Nazwa, seria i numer dokumentu tożsamości:

Chełmno, dn.

.....

(Czytelny podpis osoby wydającej)

.....

(Czytelny podpis osoby odbierającej dokumentację)