

WNIOSEK O UDOSTĘPNIENIE DOKUMENTACJI MEDYCZNEJ

DANE PACJENTA, KTÓREGO DOKUMENTACJA DOTYCZY:

(wypełnić w przypadku, gdy wnioskodawcą jest inna osoba niż pacjent)

Imię i nazwisko:

PESEL:

TELEFON:

Wnioskuje o:

- wydanie kserokopii dokumentacji medycznej
- udostępnienie dokumentacji medycznej do wglądu

Rodzaj dokumentacji medycznej:

- nazwa poradni / pracowni:
- za jaki okres:

Wnioskowaną dokumentację:

- odbiorę osobiście
- odbierze osoba upoważniona:
 - imię i nazwisko:
 - numer dowodu osobistego:

Oświadczam, iż:

- 1) zobowiązuję się do poniesienia kosztów wykonania kopii dokumentacji medycznej, zgodnie z cennikiem obowiązującym w Centrum Medycznym RENOMA Sp. z o.o.

.....
miejsowość, data

.....
podpis wnioskodawcy

POTWIERDZENIE WYDANIA DOKUMENTACJI

Naliczono opłaty w wysokości:

Potwierdzam odbiór wnioskowanej dokumentacji.

.....
data i podpis osoby odbierającej dokumentację

Dokumentację wydano.

.....
data i podpis pracownika wydającego dokumentację