.....
Imię Nazwisko wnioskodawcy

Miejscowość, data .....

.....
PESEL lub data urodzenia

Dyrektor
Samodzielnego Publicznego
Zakładu Opieki Zdrowotnej
w Obornikach

.....
Adres zamieszkania

.....
nr dowodu tożsamości

WNIOSEK O WYDANIE DOKUMENTACJI MEDYCZNEJ

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

.....
dane pacjenta (osoby, której dokumentacja dotyczy)

.....
(określenie oddziału, poradni i daty oraz rodzaju dokumentacji medycznej (np. historia choroby, karta informacyjna, karta wyjazdu ZRM, zapis zdjęć: RTG, KT, wynik badań inne)

w postaci: kopii ☐ , odpisu ☐ , wyciągu ☐ (zaznaczyć właściwe)

Dokumentację odbiorę: osobiście ☐
proszę przesłać na adres: .....

Zobowiązuję się do pokrycia kosztów kserokopii dokumentacji zgodnie z cennikiem obowiązującym w SP ZOZ w Obornikach oraz pokrycia kosztów przesyłki.

.....
podpis wnioskodawcy

Wypełnić, gdy Wnioskujący deklaruje odbiór dokumentacji za pośrednictwem upoważnionej osoby!

Ja niżej podpisany, legitymujący się dowodem osobistym seria .....nr ..... upoważniam ..... legitymującego się dowodem osobistym seria ..... nr ..... wydany przez ..... do odbioru kopii wyżej wymienionej dokumentacji medycznej , będącej w posiadaniu SP ZOZ w Obornikach.

.....
czytelny podpis i data

Decyzja o udostępnieniu dokumentacji

.....
podpis Dyrektora lub osoby upoważnionej

Dokumentację wydano:
Wnioskodawcy ☐

Osobie upoważnionej ☐

Wysłano pocztą (data) ☐

Potwierdzenie odbioru dokumentacji

.....
podpis osoby wydającej

.....
podpis osoby odbierającej, data