113

Miejscowość, data .....

.....
Imię i Nazwisko wnioskodawcy

.....
PESEL lub data urodzenia

.....
Adres zamieszkania

.....
Nr dowodu tożsamości

Dyrektor
Samodzielnego Publicznego
Zakładu Opieki Zdrowotnej
w Obornikach

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, wyniki 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 ..... wydanym 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

z. 486/2018 „DRUK" Warszawa, ul. Przasnyska 11/U1B, tel. 22 639 30 41/42; fax 22 639 30 40
Gdańsk, ul. Abrahama 7, tel./fax 58 557 59 05 www.pphudruk.com.pl