

Załącznik nr IS-01.01.02. „Wniosek o wydanie kopii / odpisu / wyciągu dokumentacji medycznej” - wzór formularza

WNIOSEK O WYDANIE KOPII / ODPISU / WYCIĄGU DOKUMENTACJI MEDYCZNEJ	
<p>Działając: <input type="checkbox"/> w imieniu własnym <input type="checkbox"/> jako przedstawiciel ustawowy / osoba upoważniona</p> <p>zwracam się z prośbą o udostępnienie dokumentacji medycznej pacjenta: Imię i nazwisko</p> <p>Adres</p> <p>PESEL</p> <p>Numer księgi głównej / oddział.....</p> <p>dotyczącej hospitalizacji, leczenia ambulatoryjnego w postaci: <input type="checkbox"/> odpisu <input type="checkbox"/> kopii <input type="checkbox"/> wyciągu</p> <p>Dokumentację: <input type="checkbox"/> odbiorę osobiście <input type="checkbox"/> proszę przesłać na adres:</p> <p>..... (wysyłka po wcześniejszym uiszczeniu opłaty)</p> <p>Zobowiązuję się pokryć koszty udostępnienia i ewentualnej przesyłki, których wysokość jest mi znana.</p> <p><input type="checkbox"/> właściwy kwadrat zaznaczyć</p> <p style="text-align: right;">..... (podpis wnioskodawcy)</p>	
POTWIERDZENIE PRZYJĘCIA WNIOSKU	POTWIERDZENIE ODBIORU DOKUMENTACJI
..... (data i podpis pracownika ZOZ) (data i podpis wnioskodawcy / osoby upoważnionej)
UPOWAŻNIENIE DO WYDANIA ODPISU / KOPII / WYCIĄGU DOKUMENTACJI MEDYCZNEJ	
<p>Ja, niżej podpisany, legitymujący się dowodem osobistym numer</p> <p>zwracam się z prośbą o sporządzenie i wydanie kopii / odpisu / wyciągu dokumentacji medycznej będącej w posiadaniu ZOZ w Wągrowcu, a dotyczącej mojej osoby oraz upoważniam</p> <p>..... (imię i nazwisko)</p> <p>legitymującej się dowodem osobistym numer</p> <p>do jej odbioru z ZOZ w Wągrowcu przy ul. Kościuszki 74.</p> <p style="text-align: right;">..... (data i podpis pacjenta)</p>	