



WNIOSEK O WYDANIE DOKUMENTACJI MEDYCZNEJ

Poznań, dnia

DANE WNIOSKODAWCY:

imię i nazwisko

PESEL

adres zamieszkania

nr dowodu osobistego

Ja niżej podpisany/a, zwracam się z uprzejmą prośbą o wydanie kserokopii dokumentacji medycznej:

imię, nazwisko i PESEL (w przypadku braku - data urodzenia) pacjenta, którego dokumentacja dotyczy:

.....

określenie rodzaju dokumentacji medycznej (hospitalizacja/ambulatorium/badania obrazowe – np. RTG, USG,):

.....

.....

.....

poprzez

- umożliwienie wglądu do dokumentacji w Podmiocie Lecznicy,
- wydanie kopii dokumentacji medycznej,
- wydanie w innej formie (wyciągu, odpisu).

Dokumentację medyczną odbiorę:

- osobiście
- upoważniam:
imię i nazwisko, nr dokumentu tożsamości

proszę przesłać na adres:

.....

Zobowiązuję się do pokrycia kosztów wykonania kserokopii dokumentacji zgodnie z cennikiem aktualnie obowiązującym w Dental i Medical Prestige oraz kosztów ewentualnej przesyłki.

.....
podpis wnioskodawcy