

Chełm, dnia

Imię Nazwisko

PESEL lub data urodzenia

Adres zamieszkania

nr dowodu tożsamości

WNIOSEK O WYDANIE DOKUMENTACJI MEDYCZNEJ

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

Imię i nazwisko Pacjenta, którego dokumentacja dotyczy

.....

określeniu rodzaju dokumentacji medycznej :

.....

czy jest to pierwszy wniosek dotyczący wskazanego wyżej zakresu dokumentacji medycznej TAK / NIE*

Poprzez:

- umożliwienie wglądu do dokumentacji w siedzibie Zakładu
- wydanie kopii dokumentacji medycznej
- wydanie w innej formie (np. wyciągu, odpisu, CD.)

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 obowiązującym w Miejskim Samodzielnym Publicznym Zakładzie Opieki Zdrowotnej w Chełmie. (pierwsza kopia dokumentacji medycznej w zakresie wskazanym we wniosku jest bezpłatna dla pacjenta)

.....

podpis

ODBIÓR DOKUMENTACJI MEDYCZNEJ

1. Kwituję odbiór dokumentacji medycznej :

.....

data i czytelny podpis

*niepotrzebne skreślić