

WNIOSEK O UDOSTĘPNIENIE DOKUMENTACJI MEDYCZNEJ

Wnioskodawca:	
<input type="checkbox"/> Pacjent <input type="checkbox"/> Przedstawiciel ustawowy pacjenta <input type="checkbox"/> Osoba upoważniona przez pacjenta	
Imię i NazwiskoPesel TelefonE-mail	
Dane Pacjenta:	
Imię i NazwiskoPesel Adres zamieszkania	
Dokumentacja medyczna	
Wnioskuje o:	przesłanie karty szczepień do wskazanej placówki medycznej <input type="checkbox"/> wydanie dokumentacji medycznej w formie kserokopii <input type="checkbox"/> wydanie dokumentacji medycznej w innej formie <input type="checkbox"/> (wpisać w jakiej)
Zakres dokumentacji medycznej:	dokumentacja dotyczy za okres od/do od strony/do strony.....
Dokumentację medyczną:	Odbiorę osobiście <input type="checkbox"/> Proszę o przesłanie drogą mailową <input type="checkbox"/> adres email
	Za pośrednictwem osoby upoważnionej <input type="checkbox"/> imię i nazwisko Adres placówki medycznej do przesłania karty szczepień
Dodatkowe uwagi/prośby:	
Udostępnianie dokumentacji medycznej jest bezpłatne w przypadku, gdy Pacjent, lub jego przedstawiciel ustawowy wnioskuje o dokumentację medyczną po raz pierwszy w żądanym zakresie. W pozostałych przypadkach opłatę pobiera się zgodnie z obowiązującym cennikiem. Wydanie dokumentacji zwolnione z opłaty <input type="checkbox"/> Opłata w kwociezostała pobrana przez	

Data i podpis Wnioskodawcy