

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 Nazwisko	
Pesel	
Telefon	
E-mail	
Dane Pacjenta:	
Imię i Nazwisko	
Pesel	
Adres zamieszkania	
Dokumentacja medyczna	
Wnioskuje o:	<input type="checkbox"/> wydanie dokumentacji medycznej w formie kserokopii <input type="checkbox"/> wydanie dokumentacji medycznej w innej formie (wpisać w jakiej)
Zakres dokumentacji medycznej:	<input type="checkbox"/> dokumentacja dotyczy <input type="checkbox"/> za okres od/do od strony/do strony.....
Dokumentację medyczną:	<input type="checkbox"/> Odbiorę osobiście <input type="checkbox"/> Proszę o przesłanie drogą mailową na adres e-mail: <input type="checkbox"/> Za pośrednictwem osoby upoważnionej: imię i nazwisko:
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.	
<input type="checkbox"/> Wydanie dokumentacji zwolnione z opłaty Opłata w kwocie została pobrana przez	

Data i podpis Wnioskodawcy:

Data i podpis potwierdzenia odbioru ww. dokumentów