

Wniosek nr.....

o wydanie kopii (wyciągu odpisu) dokumentacji medycznej

1. WNIOSKODAWCA:

Imię i nazwisko.....

Adres zamieszkania.....

Nr pesel.....

Nr telefonu.....

2. Dokumentacja medyczna dotyczy*

Imię i nazwisko.....

Adres zamieszkania.....

Nr pesel.....

3. Dokumentacja dotyczy leczenia/diagnostyki (podać nazwę komórki organizacyjnej i datę porady/badania)
-

4. Rodzaj dokumentacji medycznej (np historia choroby, wyniki badań- podać jakich, inna)
-

5. Wnoszę o wydanie kserokopii (wyciągu odpisu) dokumentacji medycznej określonej w pkt 4 i zobowiązuję się do pokrycia kosztów jej wykonania zgodnie z cennikiem obowiązującym w NZOZ OMP Sp. z o.o. w Lubinie

6. Dokumentację medyczną wymienioną w pkt 4 **:

- Odbiorę osobiście
- Odbierze osoba przeze mnie upoważniona

.....
Podpis wnioskodawcy

Potwierdzenie udostępnienia

4. Tożsamość osoby odbierającej kopię (wyciąg, odpis) dokumentacji medycznej stwierdzono na podstawie dokumentu:

.....nr.....

(podać nazwę i nr dokumentu tożsamości)

5. Ilość stron

6. Wniesiono opłatę (gotówką/przelewem)** w wysokościzł

.....
(czytelny podpis osoby odbierającej)

.....
(data i podpis osoby wydającej)

*wypełnić w przypadku, gdy wnioskodawca zwraca się o udostępnienie dokumentacji jako przedstawiciel ustawowy pacjenta lub z upoważnienia pacjenta

** niepotrzebne skreślić