

WNIOSEK O WYDANIE DOKUMENTACJI MEDYCZNEJ

.....
Imię i nazwisko

.....
telefon kontaktowy

--	--	--	--	--	--	--	--	--	--

PESEL

.....
Numer Dowodu Osobistego

Proszę o wydanie

- mojej dokumentacji medycznej
- dokumentacji medycznej pacjenta

Imię i nazwisko

który upoważnił mnie pisemnie w historii choroby do informacji o stanie zdrowia oraz uzyskania kopii dokumentacji sporządzonej w NZOZ Szpitalu Mazovia w zakresie następujących dokumentów:

.....
poprzez:

- umożliwienie wglądu do dokumentacji w siedzibie Szpitala
- wydanie kopii dokumentacji medycznej
- sporządzenie wyciągu lub odpisu dokumentacji medycznej
- wyciąg, odpis lub kopię dokumentacji na elektronicznym nośniku danych

Dokumentację medyczną odbiorę:

- osobiście
- upoważniam

imię i nazwisko, adres, nr dokumentu tożsamości.

- proszę przesłać listem poleconym na poniższy adres za zwrotnym pokwitowaniem odbioru

Imię i nazwisko, adres

Zobowiązuję się do pokrycia kosztów wykonania kserokopii dokumentacji zgodnie z cennikiem obowiązującym w NZOZ Szpitalu Mazovia w Warszawie (za jedną stronę kopii 0,30 PLN brutto włącznie z podatkiem VAT, wyciągu lub odpisu 8,70 PLN brutto, dodatkowo za nagranie na elektronicznym nośniku danych (CD) 1,74 PLN brutto, przy wysyłce opłata z góry + 10,00 PLN zryczałtowany koszt przesyłki)

.....
Podpis

.....
Podpis przyjmującego

.....
Data planowanego wydania dokumentacji

Dotyczy dokumentacji ambulatoryjnej szpitalnej nr

Zgoda Dyrektora lub osoby upoważnionej

ODBIÓR DOKUMENTACJI MEDYCZNEJ

Kwituję odbiór dokumentacji medycznej / dokumentację wysłano dnia

Dokumenty: kopia, odpis, wyciąg

Opłata: liczba stron kopiix 0,30 PLN, odpisu, wyciągu x 8,70 PLN

nagranie na nośniku elektronicznym 1,74 PLN, wysyłka 10,00 PLN

RAZEM PLN, słownie wydano pokwitowanie.

.....
data i podpis

.....
czytelny podpis osoby wydającej dokumentację i sprawdzającej uprawnienia