WNIOSEK
O WYDANIE DOKUMENTACJI MEDYCZNEJ

…… ……
Imię i nazwisko telefon kontaktowy

PESEL

…… Numer Dowodu Osobistego

Proszę o wydanie □ pierwszej □ kolejnej kopii
□ 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

Przy wydaniu kolejnej kopii zobowiązuję się do pokrycia kosztów wykonania kserokopii dokumentacji zgodnie z cennikiem obowiązującym w NZOZ Szpitalu Mazovia w Warszawie (za jedną stronę kopii 0,37 PLN brutto włącznie z podatkiem VAT, wyciągu lub odpisu 10,66 PLN brutto, dodatkowo za nagranie na elektronicznym nośniku danych (CD) 2,13 PLN brutto, przy wysyłce opłata z góry + 10,00 PLN zryczałtowany koszt przesyłki)

…….. …….. ……..
Podpis Podpis przyjmującego Data planowanego wydania dokumentacji

Dotyczy dokumentacji a ambulatoryjnej s szpitalnej nr ……..……

Zgoda Dyrektora lub osoby upoważnionej ……

ODBIÓR DOKUMENTACJI MEDYCZNEJ

Kwituję odbiór dokumentacji medycznej / dokumentację wysłano dnia …….

Dokumenty: kopia, odpis, wyciąg ..……..……..

Opłata: liczba stron □ kopii …..x 0,37 PLN, □ odpisu, wyciągu …… x 10,66 PLN
□ nagranie na nośniku elektronicznym 2,13 PLN, □ wysyłka 10,00 PLN

RAZEM ……. PLN, słownie ……□ wydano pokwitowanie.

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