

Do.....

**Przychodnia Sikornik Sp. z o.o.
ul. Rybitwy 2 , 44-100 GLIWICE**

WNIOSEK

o udostępnienie dokumentacji medycznej

1. Wnioskodawca :

Imię i Nazwisko

Adres zamieszkania

PESEL

Nr telefonu kontaktowego

2. Dokumentacja medyczna dotyczy osoby*:

Imię i Nazwisko

Adres zamieszkania

PESEL

3. Dokumentacja dotyczy leczenia (podać nazwę komórki organizacyjnej):

.....

4. Rodzaj dokumentacji medycznej (np. historia choroby , karta informacyjna , wyniki badań – inna) :

.....

5. Wnioskuje o:

Wgląd do dokumentacji medycznej określonej w pkt 4

Wydanie kserokopii dokumentacji medycznej określonej w pkt 4 i zobowiązuję się do pokrycia kosztów wykonania kserokopii dokumentacji medycznej zgodnie z cennikiem obowiązującym w Przychodnia Sikornik Sp. z o.o. ul. Rybitwy 2 , 44-100 GLIWICE

6. Dokumentację medyczną wymienioną w pkt 4**

a) odbiorę osobiście

b) odbierze osoba przeze mnie upoważniona

.....
(czytelny podpis wnioskodawcy)

* - wypełnić w przypadku gdy wnioskodawca wnioskuje o udostępnienie dokumentacji z upoważnienia pacjenta lub jako przedstawiciel ustawowy

** - niepotrzebne skreślić

Potwierdzenie udostępnienia dokumentacji medycznej

Data wydania dokumentacji

Pobrano opłatę w wysokości , paragon z dnia

- Tożsamość osoby odbierającej kopię (wyciąg , odpis) dokumentacji medycznej stwierdzono na podstawie :

..... nr

- Ilość stron

- Wniesiono opłatę (gotówką/przelewem) *** w wysokości zł

.....
(data i czytelny podpis osoby odbierającej)

.....
(data , podpis i pieczęć pracownika wydającego)

*** - niepotrzebne skreślić