

# WNIOSEK O WYDANIE DOKUMENTACJI MEDYCZNEJ

## Dane osobywnioskującej:

Imię i nazwisko:

PESEL: ...

Adres zamieszkania: .....

Numer telefonu kontaktowego: .....

## Wnioskuje o:

- wydanie kopii dokumentacji medycznej
- wydanie kolejnej kopii dokumentacji medycznej
- udostępnienie dokumentacji medycznej do wglądu

## Rodzaj dokumentacji medycznej:

- oddział urologiczny
- poradnia urologiczna
- poradnia onkologiczna
- poradnia ginekologiczna
- inne (jakie?):

Okres leczenia:

## Sposób odbioru dokumentacji:

- odbiór osobisty
- wysłanie pocztą na adres:
- odbiór przez osobę upoważnioną:

Imię i nazwisko:

Numer dokumentu tożsamości:

*Oświadczam, że zobowiązuję się do poniesienia kosztów sporządzenia kopii dokumentacji medycznej zgodnie z obowiązującymi przepisami oraz w przypadku wydania kolejnej kopii, do pokrycia kosztów kserokopii zgodnie z cennikiem obowiązującym w Specjalistycznym Szpitalu Urologicznym Grupy Mazovia w Ząbkach (0,61 PLN brutto za jedną stronę kopii, 17,54 PLN brutto za wyciąg lub odpis, nagranie na elektroniczny nośnik danych 3,50 PLN brutto, a w przypadku wysyłki opłata z góry powiększona o 11,80 PLN ryczałtowego kosztu przesyłki).*

.....

data i podpis wnioskodawcy

.....

data i podpis osoby przyjmującej wniosek

## POTWIERDZENIE WYDANIA DOKUMENTACJI (wypełnia podmiot leczniczy)

- wysłano pocztą w dniu:
- odebrano osobiście
- odebrano przez osobę upoważnioną

Naliczona opłata:

.....

data i podpis pracownika

## POTWIERDZENIE ODBIORU

Potwierdzam odbiór wnioskowanej dokumentacji medycznej.

.....

data i podpis osoby odbierającej