

WNIOSEK O WYDANIE DOKUMENTACJI MEDYCZNEJ

.....
Imię i nazwisko

.....
telefon kontaktowy

[illegible]

PESEI

Numer Dowodu Osobistego

Proszę o wydanie ☐ pierwszej ☐ kolejnej kopii

- ☐ mojej dokumentacji medycznej
- ☐ dokumentacji medycznej pacje

Imię i nazwisko

który upoważnił mnie pisemnie w historii choroby do informacji o stanie zdrowia oraz uzyskania kopii dokumentacji sporządzonej przez Centrum Urologiczne Urodyn Grupa Mazovia w zakresie następujących dokumentów:

poprzez:

- ☐ umożliwienie wglądu do dokumentacji w siedzibie Centrum Urologiczne Urodyn Grupa Mazovia
- ☐ wydanie kopii dokumentacji medycznej
- ☐ sporządzenie wyciągu lub odpisu dokumentacji medycznej
- ☐ wyciąg, odpis lub kopie 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 Centrum Urologiczne Urodyn Grupa Mazovia (za jedną stronę kopii 0,63 PLN brutto włącznie z podatkiem VAT, wyciągu lub odpisu 17,92 PLN brutto, dodatkowo za nagranie na elektronicznym nośniku danych (CD) 3,58 PLN brutto, przy wysyłce opłata z góry + 20,00 PLN zryczałtowany koszt przesyłki)

Podpis

Podpis przwimujacego

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 □ kopiix 0,63 PLN, □ odpisu, wyciągu x 17,92 PLN

- ☐ nagranie na nośniku elektronicznym 3,58 PLN, ☐ wysyłka 20,00 PLN

RAZEM PLN, słownie ☐ wydano pokwitowanie.

data i podpis

czytelny podpis osoby wydającej dokumentację i sprawdzającej uprawnienia