

WNIOSEK O WYDANIE DOKUMENTACJI MEDYCZNEJ

Dane osoby wnioskującej:

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 Szpitalu Mazovia w Warszawie (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