



Człuchów, dnia

Wniosek o wydanie kserokopii dokumentacji medycznej znajdującej się w SPZOZ w Człuchowie dotyczącej:

- Mojej osoby
- Osoby, której jestem prawnym opiekunem *(należy załączyć dokument określony w pkt 1 ust. 2 „Zasady udostępniania dokumentacji medycznej przez SPZOZ w Człuchowie”)*
- Posiadam upoważnienie (w załączeniu)

1. DANE PACJENTA, którego dokumentacja dotyczy :

Nazwisko Imię PESEL

Przebywał:

Oddział..... daty hospitalizacji.....

Poradnia data wizyty.....

Inne szczególne

.....
.....

2. DANE OSOBY SKŁADAJĄCEJ WNIOSEK (WNISKODAWCA)

Nazwisko Imię PESEL

Adres tel.

.....
(data i podpis wnioskodawcy)

Sposób odbioru dokumentacji

- Odbiór osobisty
- Przesłanie pocztą tradycyjną na adres wnioskodawcy
- Przesłanie pocztą elektroniczną na adres

W przypadku nie odebrania zleconej do kopiowania dokumentacji medycznej zobowiązuje się do pokrycia kosztów sporządzonej kopii. Wyrażam zgodę na wystawienie faktury bez podpisu

Dokument uprawniający do odbioru dokumentacji *(zgodnie z wytycznymi określonymi w dokumencie „Zasady udostępniania dokumentacji medycznej przez SPZOZ w Człuchowie” pkt 1)*

.....
(nazwa dokumentu, nr, seria)

.....
(data i podpis osoby wydającej dokumentację)

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