

WNIOSEK O UDOSTĘPNIENIE DOKUMENTACJI MEDYCZNEJ

Wnioskodawca:	
<input type="checkbox"/> Pacjent <input type="checkbox"/> Przedstawiciel ustawowy pacjenta <input type="checkbox"/> Osoba upoważniona przez pacjenta	
Imię i Nazwisko:.....Pesel:.....	
Telefon:.....E-mail:.....	
Dane Pacjenta:	
Imię i Nazwisko:.....Pesel:.....	
Adres zamieszkania:.....	
Dokumentacja medyczna	
Wnioskuje o:	wydanie dokumentacji medycznej w formie kserokopii <input type="checkbox"/> wydanie dokumentacji medycznej w innej formie <input type="checkbox"/> (wpisać w jakiej)
Zakres dokumentacji medycznej:	dokumentacja dotyczy:..... za okres od/do od strony/do strony.....
Dokumentację medyczną:	Odbiorę osobiście <input type="checkbox"/> Proszę o przesłanie drogą mailową <input type="checkbox"/> adres e-mail..... Za pośrednictwem osoby upoważnionej <input type="checkbox"/> imię i nazwisko:.....
Dodatkowe uwagi/prośby:	
Udostępnianie dokumentacji medycznej jest bezpłatne w przypadku, gdy Pacjent, lub jego przedstawiciel ustawowy wnioskuje o dokumentację medyczną po raz pierwszy w żądanym zakresie. W pozostałych przypadkach opłatę pobiera się zgodnie z obowiązującym cennikiem. Wydanie dokumentacji zwolnione z opłaty <input type="checkbox"/> Opłata w kwociezostała pobrana przez:.....	

Data i podpis Wnioskodawcy:.....