

**WNIOSEK
O UDOSTĘPNIENIE DOKUMENTACJI MEDYCZNEJ**

1. Wnioskodawca:

Nazwisko

Imię

Adres zamieszkania

nr telefonu

nr PESEL

--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--

2. Dokumentacja medyczna dotyczy *

Nazwisko

Imię

Adres zamieszkania

Nr PESEL

--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--

3. Cel udostępnienia dokumentacji:

.....

4. Rodzaj dokumentacji medycznej

.....

.....

.....

.....

.....

5. Wnioskuje o:

wydanie kopii dokumentacji medycznej określonej w pkt. 4
i zobowiązuję się do pokrycia kosztów jej wykonania zgodnie z cennikiem obowiązującym
w NZOZ „Medicus” sp. z o. o. w Żarowie.

wypożyczenie zdjęć rtg określonych w pkt. 4
i zobowiązuję się do ich zwrotu do dnia

Akceptacja Kierownika Przychodni

.....
(data, czytelny podpis wnioskodawcy)

*wypełnić w przypadku gdy wnioskodawca wnioskuje o udostępnienie dokumentacji jako przedstawiciel ustawowy pacjenta lub z upoważnienia pacjenta