

Nowe Techniki Medyczne
 Szpital Specjalistyczny im. Św. Rodziny Sp. z o.o.
 Rudna Mała 600, 36-060 Głogów Mhp.
 Regon: 180022507, NIP: 5170119412
 Tel.: 17-8666700, fax.: 17-8666704

Dnia,

Wniosek o udostępnienie dokumentacji medycznej

1. Wnioskodawca:

Nazwisko i imię

Adres zamieszkania

Pesel

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

2. Dokumentacja medyczna dotyczy:

Nazwisko i imię

Adres zamieszkania

Pesel

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

3. Do jakich celów wnioskowane jest udostępnianie dokumentacji.

- a) w celu medycznym (dalsze leczenie, profilaktyka, diagnoza, terapia)
- b) w celu niemedyceznym (odszkodowanie, renta, itp.)

4. Rodzaj dokumentacji medycznej (należy podać poradnię, lekarza, nr księgi głównej itp.)

.....

5. Wnioskuje o:

- wydanie kserokopii dokumentacji medycznej określonej w pkt.4 i zobowiązuję się do pokrycia kosztów wyszukania i wykonania kserokopii dokumentacji zgodnie z obowiązującym cennikiem.

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

Potwierdzenie odbioru

Potwierdzam odbiór kserokopii dokumentacji w dniu

.....
Podpis osoby wydającej

.....
Podpis odbierającego

Nowe Techniki Medyczne
Szpital Specjalistyczny im. Św. Rodziny Sp. z o.o.
Rudna Mała 600, 36-060 Głogów Młp.
Regon: 180022507, NIP: 5170119412
Tel.: 17 86 66 700, fax.: 17 86 66 704

Dnia,

OŚWIADCZENIE PACJENTA

O upoważnieniu do uzyskania dokumentacji

Ja, (imię i nazwisko),.....(PESEL),

zamieszkały:..... upoważniam (imię i nazwisko)

....., legitymującego się dowodem tożsamości:

..... (rodzaj, seria i nr) do uzyskania dokumentacji medycznej odnoszącej się do mnie.

.....

Data i podpis pacjenta