

WNIOSEK O WYDANIE KOPII (wyciągu, odpisu) DOKUMENTACJI MEDYCZNEJ

**Wojewódzki Szpital Podkarpacki
im. Jana Pawła II w Krośnie**

Wnioskodawca:

Imię i nazwisko

PESEL

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

telefon do kontaktu

Adres zamieszkania

Legitymujący się dokumentem (rodzaj, seria, numer, wydany przez)

Dokumentacja dotyczy:* *wypełnić tylko w przypadku, gdy wnioskodawca zwraca się o udostępnienie dokumentacji jako przedstawiciel ustawowy pacjenta lub z upoważnienia pacjenta*

Imię i nazwisko

PESEL

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

Adres zamieszkania

Legitymujący się dokumentem (rodzaj, seria, numer, wydany przez)

Rodzaj dokumentacji medycznej (zaznaczyć właściwe oraz podać nazwę Oddziału/Poradni)

- Historia choroby z leczenia w oddziale szpitalnym:
- Kartoteka z leczenia w poradni specjalistycznej:
- Wyniki badań z pracowni diagnostycznej:
- Inne (podać jakie)

podać informacje dodatkowe np. rok hospitalizacji

Wnioskuję o wydanie kserokopii (wyciągu lub odpisu) dokumentacji medycznej i zobowiązuje się do pokrycia kosztów jej wykonania zgodnie z cennikiem obowiązującym w Wojewódzkim Szpitalu Podkarpackim im. Jana Pawła II w Krośnie.

W/w dokumentację medyczną

- odbiorę osobiście odbierze osoba przeze mnie upoważniona

.....
(czytelny podpis wnioskodawcy)

POTWIERDZENIE ODBIORU KOPII DOKUMENTACJI MEDYCZNEJ

Tożsamość osoby odbierającej kopię (wyciąg, odpis) dokumentacji medycznej stwierdzono na podstawie:

.....
Data odbioru

Wniesiono opłatę (gotówką) w wysokości zł

.....
czytelny podpis osoby odbierającej dokumentację

.....
podpis i pieczęć pracownika wydającego dokumentację