

WNIOSEK O WYDANIE DOKUMENTACJI MEDYCZNEJ

.....
Imię i nazwisko

.....
telefon kontaktowy

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

PESEL

.....
Numer Dowodu Osobistego

- Proszę o wydanie pierwszej kolejnej kopii
 mojej dokumentacji medycznej
 dokumentacji medycznej pacjenta

.....
Imię i nazwisko

który upoważnił mnie pisemnie w historii choroby do informacji o stanie zdrowia oraz uzyskania kopii dokumentacji sporządzonej przez NZOZ Szpital Mazovia w Warszawie w zakresie następujących dokumentów:

.....
poprzez:

- umożliwienie wglądu do dokumentacji w siedzibie NZOZ Szpital Mazovia w Warszawie
- wydanie kopii dokumentacji medycznej
- sporządzenie wyciągu lub odpisu dokumentacji medycznej
- wyciąg, odpis lub kopię dokumentacji na elektronicznym nośniku danych

Dokumentację medyczną odbiorę:

- osobiście
 - upoważniam
-
imię i nazwisko, adres, nr dokumentu tożsamości.
- proszę przesłać listem poleconym na poniższy adres za zwrotnym pokwitowaniem odbioru

.....
Imię i nazwisko, adres

Przy wydaniu kolejnej kopii zobowiązuję się do pokrycia kosztów wykonania kserokopii dokumentacji zgodnie z cennikiem obowiązującym w NZOZ Szpital Mazovia w Warszawie (za jedną stronę kopii 0,59 PLN brutto włącznie z podatkiem VAT, wyciągu lub odpisu 16,95 PLN brutto, dodatkowo za nagranie na elektronicznym nośniku danych (CD) 3,39 PLN brutto, przy wysyłce opłata z góry + 10,00 PLN zryczałtowany koszt przesyłki)

.....
Podpis

.....
Podpis przyjmującego

.....
Data planowanego wydania dokumentacji

Dotyczy dokumentacji ambulatoryjnej szpitalnej nr

Zgoda Dyrektora lub osoby upoważnionej

ODBIÓR DOKUMENTACJI MEDYCZNEJ

Kwituję odbiór dokumentacji medycznej / dokumentację wysłano dnia

Dokumenty: kopia, odpis, wyciąg

Opłata: liczba stron kopiix 0,59 PLN, odpisu, wyciągu x 16,95 PLN
 nagranie na nośniku elektronicznym 3,39 PLN, wysyłka 10,00 PLN

RAZEM PLN, słownie wydano pokwitowanie.

.....
data i podpis

.....
czytelny podpis osoby wydającej dokumentację i sprawdzającej uprawnienia