

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 Szpital Mazovia w

Warszawie w zakresie następujących dokumentów:

.....
poprzez:

☐ umożliwienie wglądu do dokumentacji w siedzibie Szpitala 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 Szpitalu Mazovia w Warszawie (za jedną stronę kopii 0,60 PLN brutto włącznie z podatkiem VAT, wyciągu lub odpisu 17,45 PLN brutto, dodatkowo za nagranie na elektronicznym nośniku danych (CD) 3,45 PLN brutto, przy wysyłce opłata z góry + 20,00 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 0,60 PLN, ☐ odpisu, wyciągu x 17,45 PLN

☐ nagranie na nośniku elektronicznym 3,45 PLN, ☐ wysyłka 20,00 PLN

RAZEM PLN, słownie..... ☐ wydano pokwitowanie.

.....
data i podpis

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