



WNIOSEK O WYDANIE KOPII/ODPISU DOKUMENTACJI MEDYCZNEJ

Imię i nazwisko pacjenta	PESEL pacjenta	Cel przygotowania kopii dokumentacji
Sposób odbioru dokumentacji		
<input type="checkbox"/> Osobiście Zobowiązuję się, do pokrycia kosztów wykonania kopii/odpisu dokumentacji medycznej.		
<input type="checkbox"/> Dokumentację odbierze (imię i nazwisko osoby odbierającej) (adres zameldowania zgodny z dowodem osobistym osoby odbierającej) Zobowiązuję się, powiadomić osobę odbierającą o konieczności pokrycia kosztów wykonania kopii/odpisu dokumentacji medycznej.		
Data złożenia wniosku:	Podpis pacjenta lub opiekuna prawnego:	
Zgoda lekarza prowadzącego na wydanie kopii karty	Zgoda z-cy kierownika ds. medycznych	
Data, podpis, pieczętka	Data, podpis, pieczętka	
POTWIERDZENIE ODBIORU KOPII DOKUMENTACJI MEDYCZNEJ		
Data	Czytelny podpis	Nr dowodu osobistego pacjenta lub opiekuna prawnego
Koszt sporządzenia kopii. Odstąpienie od naliczenia kosztów za sporządzenie kopii dokumentacji dotyczy tylko organów uprawnionych do wglądu w dokumentację		