

Wniosek o wydanie kopii dokumentacji medycznej

Dyrekcja
Powiatowego Zakładu Opieki Zdrowotnej
w Starachowicach

1. Wnioskodawca

Imię i nazwisko.....

Adres zamieszkania.....

nr PESEL..... telefon kontaktowy.....

2. Dokumentacja medyczna dotyczy

Imię i nazwisko.....

Adres zamieszkania.....

nr PESEL.....

3. Dokumentacja dotyczy leczenia/diagnostyki (podać nazwę Oddziału, datę pobytu/ podać nazwę Poradni, numer karty)

.....

.....

4. Rodzaj dokumentacji medycznej (np. historia choroby, karta informacyjna, wyniki badań – podać jakie, inna dokumentacja medyczna.....)

5. Wnioskuje o wydanie kserokopii dokumentacji medycznej określonej w pkt.4 i zobowiązuję się do pokrycia kosztów jej wykonania zgodnie z cennikiem obowiązującym PZOZ w Starachowicach.

6. Dokumentację wymienioną w pkt.4 :

a) Odbiorę osobiście

b) Odbierze osoba przeze mnie upoważniona

c) Proszę o przesłanie na adres podany w pkt.....

Starachowice dn.....

.....

(czytelny podpis wnioskodawcy)

Odbiór kopii dokumentacji medycznej

Kwituję odbiór dokumentacji medycznej.....

.....

.....

Starachowice dn.....

.....

(czytelny podpis)

DS.-061 27.10.2014