

Wniosek o wydanie dokumentacji medycznej z Oddziału

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, daty pobytu)

.....

.....

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

5. Wnioskuje o wydanie dokumentacji medycznej określonej w pkt.4 w postaci kopii /wydruku /odpisu / wyciągu / zapisu na nośniku elektronicznym i zobowiązuję się do pokrycia kosztów jej wykonania zgodnie z cennikiem obowiązującym w 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 dokumentacji medycznej

Kwituję odbiór dokumentacji medycznej.....

.....

.....

Starachowice dn.....

.....

(czytelny podpis)

DS.-061 10.09.2018