

Wniosek o udostępnienie dokumentacji medycznej

1. Wnioskodawca:

Nazwisko

Imię

Adres zamieszkania

nr telefonu

Nr PESEL

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

2. Dokumentacja medyczna dotyczy *

Nazwisko

Imię

Adres zamieszkania

nr telefonu

Nr PESEL

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

3. Rodzaj dokumentacji medycznej

.....
.....
.....
.....

4. Wnioskuje o:

a) wydanie kserokopii dokumentacji medycznej określonej w pkt 3

b) wypożyczenie zdjęć Rtg określonych w pkt 3

i obowiązuję się do pokrycia kosztów z wykonania kserokopii, wyciągu lub odpisu dokumentacji medycznej zgodnie z cennikiem obowiązującym w Szpitalu Uniwersyteckim im. Karola Marcinkowskiego w Zielonej Górze Sp. z o. o.

W wypadku wypożyczenia zdjęć Rtg zobowiązuję się do ich zwrotu do dnia

.....
(data, czytelny podpis wnioskodawcy)

*wypełnić w przypadku gdy wnioskodawca wnioskuje o udostępnienie dokumentacji jako przedstawiciel ustawowy pacjenta lub z upoważnienia pacjenta