

WNIOSEK O WYDANIE DOKUMENTACJI MEDYCZNEJ

.....
Imię i nazwisko

.....
telefon kontaktowy

[illegible]

PESEI

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 Częstochowie w zakresie następujących dokumentów:

poprzez:

- ☐ umożliwienie wglądu do dokumentacji w siedzibie Szpitala Mazovia w Częstochowie
- ☐ 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, nr dokumentu tożsamości.

Imię i nazwisko, adres

Przy wydaniu kolejnej kopii zobowiązuje się do pokrycia kosztów wykonania kserokopii dokumentacji zgodnie z cennikiem obowiązującym w Szpital Mazovia w Częstochowie (za jedną stronę kopii 0,63 PLN brutto włącznie z podatkiem VAT, wyciągu lub odpisu 17,92 PLN brutto, dodatkowo za nagranie na elektronicznym nośniku danych (CD) 3,58 PLN brutto, przy wysyłce opłata z góry + 20,00 PLN zryczałtowany koszt przesyłki)

Podpis

Podpis przvimujacego

Data planowanego wydania dokumentacji

Dotyczy dokumentacji ☐ a ambulatoryjnej ☒ s 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 0,63 PLN, □ odpisu, wyciągu x 17,92 PLN

- ☐ nagranie na nośniku elektronicznym 3,58 PLN, ☐ wysyłka 20,00 PLN

RAZEM PLN, słownie ☐ wydano pokwitowanie.

data i podpis

czytelny podpis osoby wydającej dokumentację i sprawdzającej uprawnienia