

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 0,61 PLN brutto włącznie z podatkiem VAT, wyciągu lub odpisu 17,54 PLN brutto, dodatkowo za nagranie na elektronicznym nośniku danych (CD) 3,50 PLN brutto, przy wysyłce opłata z góry + 11,80 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 0,61 PLN, □ odpisu, wyciągu x 17,54 PLN

- ☐ nagranie na nośniku elektronicznym 3,50 PLN, ☐ wysyłka 11,80 PLN

RAZEM PLN, słownie ☐ wydano pokwitowanie.

data i podpis

czytelny podpis osoby wydającej dokumentację i sprawdzającej uprawnienia