

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

.....
imie i nazwisko adres nr dokumentu tożsamości

- ☐ proszę przesłać listem poleconym na poniższy adres
za zwrotnym pokwitowaniem odbioru

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 0,66 PLN brutto włącznie z podatkiem VAT, wyciągu lub odpisu 19,12 PLN brutto, dodatkowo za nagranie na elektronicznym nośniku danych (CD) 3,82 PLN brutto, przy wysyłce opłata z góry + 11,80 PLN zryczałtowany koszt przesyłki)

Podpis

Podpis przysięgającego

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 0,66 PLN, □ odpisu, wyciągu x 19,12 PLN

- ☐ nagranie na nośniku elektronicznym 3,82 PLN, ☐ wysyłka 11,80 PLN

RAZEM PLN, słownie ☐ wydano pokwitowanie

data i podpis

czytelny podpis osoby wydającej dokumentację i sprawdzającej uprawnienia