SZPITAL MAZOVIA W CZĘSTOCHOWIE
GRUPA MAZOVIA

WNIOSEK
O WYDANIE DOKUMENTACJI MEDYCZNEJ

…… ……
Imię i nazwisko telefon kontaktowy

PESEL

…… 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 w NZOZ Szpitalu Mazovia w zakresie następujących dokumentów:

……..
poprzez:
□ umożliwienie wglądu do dokumentacji w siedzibie Szpitala
□ 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

Przy wydaniu kolejnej kopii zobowiązuję się do pokrycia kosztów wykonania kserokopii dokumentacji zgodnie z cennikiem obowiązującym w NZOZ Szpitalu Mazovia w Częstochowie (za jedną stronę kopii 0,57 PLN brutto włącznie z podatkiem VAT, wyciągu lub odpisu 16,29 PLN brutto, dodatkowo za nagranie na elektronicznym nośniku danych (CD) 3,26 PLN brutto, przy wysyłce opłata z góry + 10,00 PLN zryczałtowany koszt przesyłki)

…….. …….. ……..
Podpis Podpis przyjmującego 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 □ kopii …..x 0,57 PLN, □ odpisu, wyciągu …… x 16,29 PLN
□ nagranie na nośniku elektronicznym 3,26 PLN, □ wysyłka 10,00 PLN

RAZEM …..…… PLN, słownie ……□ wydano pokwitowanie.

…… ……..……
data i podpis czytelny podpis osoby wydającej dokumentację i sprawdzającej uprawnienia