NZOZ Centrum Pomocy Profesjonalnej

Warszawa, dn. ……

WNIOSEK O WYDANIE DOKUMENTACJI MEDYCZNEJ

Ja, niżej podpisany/a, zwracam się z uprzejmą prośbą o wydanie dokumentacji medycznej:

……

(dane pacjenta, którego dotyczy dokumentacja – imię, nazwisko, adres, PESEL)

poprzez:

☐ wydanie kserokopii poświadczonej za zgodność z oryginałem

☐ umożliwienie wglądu do dokumentacji w NZOZ CPP

☐ wydanie w innej formie (wyciągu, zaśw. o leczeniu): ……

Lekarz prowadzący: ……

Zakres dat dokumentacji *(wypełnić jeśli dotyczy lub przekreślić)*: ……

Dokumentacje medyczną:

☐ odbiorę osobiście

☐ upoważniam do odbioru: ……

(imię, nazwisko, nr dokumentu tożsamości)

Zobowiązuję się do pokrycia kosztów wykonania kserokopii dokumentacji, zgodnie z cennikiem obowiązującym w NZOZ CPP.

_____

czytelny podpis

Potwierdzenie odebrania kserokopii dokumentacji medycznej / wyciągu / zaświadczenia*:

Odebrałam/em dnia ……

_____

czytelny podpis

**niepotrzebne skreślić*