

SP ZOZ Szpital Psychiatryczny

ul. Gliwicka 5
44-180 Toszek

data

**WNIOSEK
O WYDANIE KSEROKOPII / ODPISU DOKUMENTACJI
MEDYCZNEJ NR**

Imię i nazwisko pacjenta

PESEL pacjenta:

Adres:

Zakres żądanej dokumentacji:*

1. Dokumentację odbiorę osobiście : TAK / NIE**

Zobowiązuję się do pokrycia kosztów wykonania kserokopii/ odpisu dokumentacji medycznej przy odbiorze dokumentacji.

2. Dokumentację odbierze:

.....
(imię i nazwisko osoby odbierającej)

.....
(adres zameldowania zgodny z dowodem osobistym osoby odbierającej)

zobowiązuję się powiadomić odbiorcę o konieczności pokrycia kosztów wykonania kserokopii/odpisu dokumentacji medycznej.

.....
(data i podpis osoby składającej wniosek)

.....
(data i podpis osoby przyjmującej wniosek)

**POTWIERDZENIE
ODBIORU KOPII DOKUMENTACJI MEDYCZNEJ**

Ja, niżej podpisany(-a) legitymujący(-a) się dowodem osobistym nr

potwierdzam odbiór kserokopii odpisu dokumentacji medycznej (ilość stron)

.....
(data i podpis osoby odbierającej dokumentację)

.....
(data i podpis osoby wydającej dokumentację)

*określenie zakresu żądanej dokumentacji (np. całość dokumentacji, wybrane dokumenty, czas powstania – za okres)

**niepotrzebne skreślić