

Nr sprawy S.0163.....

Wniosek o wydanie kserokopii/oryginału dokumentacji medycznej z leczenia szpitalnego

Nazwisko i imię osoby hospitalizowanej

PESEL/ Data urodzenia Telefon

Adres zamieszkania

Wnioskuje o udostępnienie kserokopii dokumentacji medycznej z leczenia szpitalnego:

z okresu od do

w oddziale szpitalnym

numer/y Księgi Głównej

Zakres udostępnionej dokumentacji medycznej obejmuje:

 kartę informacyjną leczenia szpitalnego wynik badania hist-pat inne (wymienić jakie) kompletna historię choroby opis operacji / zabiegu protokół badania sekcyjnego karta pobytu w Izbie Przyjęć

Dane osoby zamawiającej dokumentację:

Imię i nazwisko Telefon

 Dokumentację, o która wnioskuje odbiorę osobiście.....
Proponowany termin odbioru.....
Podpis osoby przyjmującej wniosek.....
Data i podpis zamawiającego**Wydanie kserokopii dokumentacji medycznej z leczenia szpitalnego:**

Liczba stron Zapłacono kwotę

.....
Podpis osoby wydającej dokumentację

Kwituję odbiór zamówionej kserokopii dokumentacji medycznej.

.....
Imię i nazwisko odbierającego.....
Data i podpis odbierającego

Nr dowodu osobistego odbierającego