

Imię i Nazwisko:.....

Adres zamieszkania:.....ulica.....nr.....

PESEL:.....

Dokument tożsamości:.....seria i nr.....

WNIOSEK O UDOSTĘPNIENIE DOKUMENTACJI MEDYCZNEJ

Zwracam się z prośbą o wydanie kopii dokumentacji medycznej pacjenta:

Imię i Nazwisko:.....

Adres zamieszkania:.....ulica.....nr.....

PESEL:.....

sporządzonej w Gminnym Ośrodku Zdrowia w Ornontowicach w okresie.....

w celu.....

w formie: *

- uwierzytelnionej / niewierzytelnionej*

odbior:

osobisty / przez osobę upoważnioną* (podać dane osoby upoważnionej)

Imię i Nazwisko: Pesel lub nr dowodu tożsamości:.....

Oświadczam, iż akceptuję tryb udostępniania dokumentacji medycznej oraz zobowiązuję się do pokrycia kosztów wykonania kopii powyższej dokumentacji zgodnie z obowiązującym w GOZ cennikiem.

.....
(Podpis pracownika GOZ
przyjmującego wniosek)

.....
(Podpis wnioskodawcy)

POTWIERDZENIE ODBIORU

Potwierdzam odbiór kopii dokumentacji medycznej w dniu.....

Uiściłem/uiściłam* opłatę w wysokości

.....
(Podpis pracownika GOZ
wydającego dokumentację)

.....
(Podpis osoby odbierającej)

Sprawdzono zgodność danych osobowych osoby upoważnionej do odbioru dokumentacji z okazanym dowodem tożsamości.

***niepotrzebne skreślić**