

**Dyrektor Samodzielnego Publicznego Zespołu
Zakładów Opieki Zdrowotnej w Pionkach
ul. Sienkiewicza 29, 26-670 Pionki**

WNIOSEK O UDOSTĘPNIENIE DOKUMENTACJI MEDYCZNEJ

DANE WNIOSKODAWCY:

IMIĘ I NAZWISKO:.....NR TEL.....

PESEL:

--	--	--	--	--	--	--	--	--	--

ADRES :

.....
.....

DANE PACJENTA, KTÓREGO DOTYCZY DOKUMENTACJA MEDYCZNA:

(wypełnić w przypadku, gdy inne niż wnioskodawcy)

IMIĘ I NAZWISKO:.....NR TEL.....

PESEL:

--	--	--	--	--	--	--	--	--	--

ADRES :

.....
.....

Wnoszę o udostępnienie kserokopii/wyciągu/odpisu/skanu/wydruku* (*właściwe podkreślić) dokumentacji medycznej:

☐ Z LECZENIA SZPITALNEGO:

.....
.....
(nazwa oddziału, termin leczenia)

☐ Z LECZENIA AMBULATORYJNEGO:

.....
.....
(nazwa poradni, termin leczenia)

ODBIÓR DOKUMENTACJI MEDYCZNEJ (właściwe zaznaczyć):

☐ ODBIÓR OSOBISTY

☐ PROSZĘ WYŚLAĆ NA WW ADRES, ZA POBRANIEM

☐ UPOWAŻNIAM DO ODBIORU PANIĄ/PANA.....

PESEL:.....SERIA I NR DOWODU TOŻSAMOŚCI.....

Zobowiązuję się do odbioru wnioskowanej dokumentacji medycznej w ustalonym terminie oraz do pokrycia kosztów jej wykonania zgodnie z cennikiem obowiązującym w SPZZOZ w Pionkach, a w przypadku wysyłki pocztowej, do pokrycia kosztów wysyłki za pobraniem zgodnie z cennikiem Poczty Polskiej S.A.

.....
(data i czytelny podpis wnioskodawcy/pacjenta/opiekuna prawnego)

POTWIERDZENIE ODBIORU:

Data:.....

Seria i nr dowodu tożsamości:.....

Czytelny podpis odbierającego:.....