

.....  
(miejsowość i data)**PODANIE  
O UDOSTĘPNIENIE DOKUMENTACJI MEDYCZNEJ****Dane Wnioskodawcy:**

Imię i Nazwisko .....

Adres zamieszkania.....

Nr PESEL

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

Numer telefonu kontaktowego.....

Seria i numer dokumentu tożsamości.....

Wnioskuję o udostępnienie dokumentacji medycznej z leczenia w.....  
w okresie..... w celu.....Wnioskuję o ( zaznaczyć „x” we właściwym wierszu )

- sporządzenie kserokopii dokumentacji poświadczonej za zgodność z oryginałem  
 wgląd do dokumentacji medycznej w siedzibie Centrum Medycznym „Visus II”  
 sporządzenie wyciągu z dokumentacji medycznej  
 sporządzenie odpisów dokumentacji medycznej  
 wydanie oryginału za pokwitowaniem z zastrzeżeniem jej zwrotu

Dokumentacja ( zaznaczyć „x” we właściwym wierszu. )

- zostanie odebrana osobiście  
 zostanie odebrana przez osobę upoważnioną w Historii zdrowia i choroby  
 proszę o przesłanie listem poleconym

Składający wniosek zobowiązuje się do odebrania dokumentacji i pokrycia kosztów wykonania kserokopii dokumentacji zgodnie z cennikiem obowiązującym w Centrum Medycznym „Visus II” oraz do pokrycia kosztów przesyłki pocztowej.

.....  
(czytelny podpis wnioskodawcy/osoby upoważnionej).....  
(czytelny podpis osoby przyjmującej podanie)Kserokopię dokumentacji medycznej wydano dnia .....,  
(data wydania dokumentacji)tożsamość osoby odbierającej dokumentację stwierdzono na podstawie  
dokumentu: .....

(nazwa, seria i nr dokumentu tożsamości)

.....  
(czytelny podpis osoby odbierającej kserokopię dokumentację)Oryginał dokumentacji wydano dnia .....,  
(data wydania dokumentacji)tożsamość osoby odbierającej oryginał dokumentacji stwierdzono na podstawie  
dokumentu:.....

(nazwa, seria i nr dokumentu tożsamości)

Potwierdzam odbiór oryginału dokumentacji medycznej zawierającej.....

(liczba stron)

Zobowiązuję się do ochrony i odpowiedniego przechowywania oryginału dokumentacji oraz do osobistego zwrotu  
oryginałów wypożyczonej dokumentacji medycznej w całości, w terminie do dnia.....

.....

(czytelny podpis osoby odbierającej oryginał dokumentacji)