

Miejscowość, data.....

**DANE WNIOSKODAWCY:**

imię i nazwisko.....

PESEL .....

adres zamieszkania.....

nr dowodu osobistego.....

**WNIOSEK O WYDANIE DOKUMENTACJI MEDYCZNEJ**

Ja niżej podpisany/a, zwracam się z uprzejmą prośbą o wydanie kserokopii dokumentacji medycznej:

Imię, nazwisko i PESEL (w przypadku braku – data urodzenia) pacjenta, którego dokumentacja dotyczy:

.....

Określenie rodzaju dokumentacji medycznej (badania obrazowe – np. RTG, USG, rezonans magnetyczny, tomografia komputerowa, PET/CT):

.....

poprzez

- umożliwienie wglądu do dokumentacji,
- wydanie kopii dokumentacji medycznej,
- wydanie w innej formie (wyciągu, odpisu)

Dokumentację medyczną odbiorę:

- osobiście
- upoważniam.....

imię i nazwisko, nr dokumentu tożsamości

- proszę przesłać na adres.....

.....  
Zobowiązuję się do pokrycia kosztów wykonania kserokopii dokumentacji zgodnie z cennikiem aktualnie obowiązującym w CENTRUM STARMEDICA oraz kosztów ewentualnej przesyłki.

.....  
data i podpis osoby przyjmującej wniosek

.....  
data i podpis Wnioskodawcy

**WYDANIE DOKUMENTACJI**

.....  
data i podpis osoby wydającej dokumentację

.....  
data i podpis Osoby przyjmującej dokumentację