

Warszawa , dnia roku

DANE OSOBY WNIOSKUJĄCEJ O WYDANIE DOKUMENTACJI MEDYCZNEJ

Imię i Nazwisko:.....PESEL.....

Adres zamieszkania, Ulica:.....

Miasto:..... Kod pocztowy:.....

Telefon kontaktowy: adres E-mail:

WNIOSEK O WYDANIE DOKUMENTACJI MEDYCZNEJ

Proszę o wydanie kserokopii dokumentacji medycznej potwierdzonej za zgodność z oryginałem

z leczenia: ☐ Ambulatoryjnego ☐ Szpitalnego ☐ Rehabilitacyjnego

za okres od: do:

Forma odbioru dokumentacji medycznej

☐ Wnioskowaną dokumentację odbiorę osobiście;

☐ Wnioskowaną dokumentację proszę wysłać na wskazany adres:

.....
Czytelny podpis wnioskodawcy

Potwierdzenie odbioru wnioskowanej dokumentacji medycznej.

.....
Czytelny podpis wnioskodawcy

Pierwsze udostępnienie dokumentacji medycznej pacjentowi albo jego przedstawicielowi ustawowemu jest bezpłatne. W przypadku kolejnego udostępnienia dokumentacji podmiot może pobierać opłatę zgodnie z art. 28 ustawy o prawach pacjenta i Rzeczniku Praw Pacjenta.

ORTOPEDIKA URSYNÓW

ul. Zięby 41
02-808 Warszawa
tel. +48 (22) 510 26 60
tel. kom. +48 666 868 505