

## WNIOSEK O UDOSTĘPNIENIE KOPII DOKUMENTACJI MEDYCZNEJ

<b>Imię i nazwisko Pacjentki</b> _____ Data urodzenia _____ Telefon kontaktowy _____ Adres email _____	<b>Imię i nazwisko Pacjenta</b> _____ Data urodzenia _____ Telefon kontaktowy _____ Adres e-mail _____
<b>Prosimy o wydanie kopii dokumentacji medycznej:</b> <ul style="list-style-type: none"> <li><input type="checkbox"/> bez wyników badań</li> <li><input type="checkbox"/> z wynikami badań wykonanym</li> <li><input type="checkbox"/> z wynikami badań, dostarczonymi przez nas do nOvum</li> </ul>	<b>Cel wydania dokumentu:</b> <ul style="list-style-type: none"> <li><input type="checkbox"/> dalsza konsultacja specjalistyczna</li> <li><input type="checkbox"/> zmiana podmiotu leczniczego</li> <li><input type="checkbox"/> dla ubezpieczyciela / ZUS-u</li> <li><input type="checkbox"/> inne _____</li> </ul>
<b>Sposób odbioru kopii dokumentacji medycznej:</b> <ul style="list-style-type: none"> <li><input type="checkbox"/> odbiór osobisty</li> <li><input type="checkbox"/> przesyłka pocztą tradycyjną</li> <li><input type="checkbox"/> przesyłka pocztą elektroniczną na podany wyżej adres e-mail</li> <li><input type="checkbox"/> kurier (zamówienie i koszt przesyłki pokrywa pacjent)</li> </ul>	<b>Adres do korespondencji:</b> _____ <i style="text-align: center;">kod pocztowy, miejscowość</i> _____ <i style="text-align: center;">ulica, numer domu i numer mieszkania</i>
<p>Jesteśmy poinformowani, że wydanie pierwszej kopii dokumentacji medycznej jest bezpłatne. Zobowiązujemy się do pokrycia kosztów wykonania kolejnych kopii dokumentacji medycznej zgodnie z cennikiem obowiązującym w Przychodni Lekarskiej nOvum oraz kosztu przesyłki kurierskiej, jeśli taka opcja zostanie przez nas wybrana.</p>	
_____ <i>Data i podpis Pacjentki</i>	_____ <i>Data i podpis Pacjenta</i>
_____ <i>Data i podpis osoby przyjmującej wniosek</i>	
<b>Wyrażam zgodę na udostępnienie kopii dokumentacji medycznej</b> _____ <i style="text-align: center;">Data i podpis lekarza</i>	
<b>Kopia dokumentacji medycznej gotowa do wydania zawiera kserokopie:</b> od strony ..... do strony ....., od strony .... do strony ....., od strony ..... do strony ..... <ul style="list-style-type: none"> <li><input type="checkbox"/> bez wyników badań</li> <li><input type="checkbox"/> oraz wyniki badań wykonane w nOvum</li> <li><input type="checkbox"/> oraz wyniki badań dostarczone do nOvum przez pacjentów</li> </ul>	
_____ <i>Data i podpis osoby przygotowującej kopię dokumentacji medycznej</i>	
<b>Kopia dokumentacji sprawdzona, gotowa do wydania</b> _____ <i style="text-align: center;">Data i podpis osoby zatwierdzającej kopię dokumentacji medycznej do wydania</i>	

**Sposób udostępnienia dokumentacji medycznej - kopię dokumentacji medycznej przekazano:**

- pacjentowi/pacjentce/osobie upoważnionej - odbiór w Przychodni
- pocztą tradycyjną
- pocztą elektroniczną
- kurierem

\_\_\_\_\_

*Data i podpis osoby wydającej/wysyłającej kopię dokumentacji medycznej*

**Kwituję odbiór kopii  
dokumentacji medycznej**

\_\_\_\_\_

*Data i podpis pacjenta lub osoby upoważnionej*