

WNIOSEK O WYDANIE ODPISU Z DOKUMENTACJI MEDYCZNEJ W POSTACI EPIKRYZY

Imię i nazwisko Pacjentki _____ Data urodzenia _____ Telefon kontaktowy _____	Imię i nazwisko Pacjenta _____ Data urodzenia _____ Telefon kontaktowy _____
---	--

Prosimy o wydanie epikryzy

Cel wydania dokumentu _____

Uwagi _____

Sposób odbioru epikryzy: ☐ osobisty ☐ listem poleconym ☐ pocztą e-mail

adres do korespondencji:

Ulica _____ Kod pocztowy _____ Miejscowość _____

Adres e-mail _____

Zobowiązujemy się do pokrycia kosztów wykonania odpisu z dokumentacji medycznej w postaci epikryzy zgodnie z cennikiem obowiązującym w Przychodni Lekarskiej nOvum.

Data i podpisy Pacjentki i Pacjenta

Data i podpis osoby przyjmującej wniosek

Wyrażam zgodę na wydanie epikryzy

Data i podpis lekarza

Epikryzę wysłano ☐ listem poleconym ☐ pocztą e-mail

Data i podpis osoby wysyłającej epikryzę

Osobisty odbiór epikryzy. Kwituję odbiór epikryzy.

Data i podpis Pacjenta, Pacjentki lub osoby upoważnionej