

## WNIOSEK O UDOSTĘPNIENIE KOPII DOKUMENTACJI MEDYCZNEJ

<b>Imię i nazwisko Pacjentki</b> _____ Data urodzenia _____ Telefon kontaktowy _____	<b>Imię i nazwisko Pacjenta</b> _____ Data urodzenia _____ Telefon kontaktowy _____
<b>Prosimy o wydanie kopii dokumentacji medycznej</b>	
Cel wydania dokumentu _____ _____	
Uwagi _____	
<b>Sposób odbioru kopii dokumentacji medycznej</b> <input type="checkbox"/> osobisty <input type="checkbox"/> pocztą	
adres do korespondencji: Ulica _____ Kod pocztowy _____ Miejscowość _____	
Zobowiązujemy się do pokrycia kosztów wykonania kopii dokumentacji medycznej zgodnie z cennikiem obowiązującym w Przychodni Lekarskiej Novum.	
_____ <i>Data</i>	_____ <i>Podpisy Pacjentki i Pacjenta</i>
_____ <i>Data i podpis osoby przyjmującej wniosek</i>	
<b>Wyrażam zgodę na wydanie kopii dokumentacji medycznej</b>	
_____ <i>Data</i>	_____ <i>Podpis lekarza</i>
<b>Przekazanie kopii dokumentacji medycznej</b>	
Kopię dokumentacji medycznej wysłano pocztą <input type="checkbox"/>	
_____ <i>Data</i>	_____ <i>Podpis osoby wydającej kopię</i>
<b>Kwituję odbiór kopii dokumentacji medycznej</b>	
_____ <i>Data</i>	_____ <i>Podpis pacjenta lub osoby upoważnionej</i>