

## WNIOSEK O WYDANIE EPIKRYZY

<b>Imię i nazwisko Pacjentki</b> _____ Data urodzenia _____ Telefon kontaktowy _____	<b>Imię i nazwisko Pacjenta</b> _____ Data urodzenia _____ Telefon kontaktowy _____
<b>Prosimy o wydanie epikryzy</b>	
Cel wydania dokumentu _____ _____	
Uwagi _____	
<b>Sposób odbioru Epikryzy</b> <input type="checkbox"/> osobisty <input type="checkbox"/> pocztą	
adres do korespondencji:	
Ulica _____ Kod pocztowy _____ Miejscowość _____	
Zobowiązujemy się do pokrycia kosztów wykonania odpisu z dokumentacji medycznej w postaci epikryzy 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 epikryzy</b>	
_____ <i>Data</i>	_____ <i>Podpis lekarza</i>
<b>Przekazanie epikryzy</b>	
Epikryzę wysłano pocztą <input type="checkbox"/>	
_____ <i>Data</i>	_____ <i>Podpis osoby wydającej epikryzę</i>
<b>Kwituję odbiór epikryzy</b>	
_____ <i>Data</i>	_____ <i>Podpis pacjenta lub osoby upoważnionej</i>