

## WNIOSEK O UDOSTĘPNIENIE KOPII DOKUMENTACJI MEDYCZNEJ

Imię i nazwisko Pacjentki \_\_\_\_\_

Data urodzenia \_\_\_\_\_

Telefon kontaktowy \_\_\_\_\_

Imię i nazwisko Pacjenta \_\_\_\_\_

Data urodzenia \_\_\_\_\_

Telefon kontaktowy \_\_\_\_\_

**Prosimy o wydanie kopii dokumentacji medycznej:**  bez wyników badań  
 z wynikami badań wykonanymi w nOvum  
 z wynikami badań, dostarczonymi przez nas do nOvum

Cel wydania dokumentu: \_\_\_\_\_

Uwagi \_\_\_\_\_

**Sposób odbioru kopii dokumentacji medycznej:**  osobisty  pocztą

**Adres do korespondencji:** \_\_\_\_\_

*kod pocztowy, miejscowość, ulica, numer domu i numer mieszkania*

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”.

\_\_\_\_\_  
*Data oraz podpisy Pacjentki i Pacjenta*

\_\_\_\_\_  
*Data i podpis osoby przyjmującej wniosek*

**Wyrażam zgodę na wydanie kopii dokumentacji medycznej**

\_\_\_\_\_  
*Data i podpis lekarza*

Kopia dokumentacji medycznej gotowa do wydania zawiera kserokopię:

od strony ..... do strony ....., od strony .... do strony ....., od strony ..... do strony .....

- bez wyników badań
- oraz wyniki badań wykonane w nOvum
- oraz wyniki badań dostarczone do nOvum przez pacjentów

\_\_\_\_\_  
*Data i podpis osoby przygotowującej kopię dokumentacji medycznej*

**Kopia dokumentacji sprawdzona, gotowa do wydania.**

\_\_\_\_\_  
*Data i podpis osoby zatwierdzającej kopię dokumentacji medycznej do wydania*

**Przekazanie kopii dokumentacji medycznej**

- Kopię dokumentacji medycznej wysłano pocztą
- Kopię dokumentacji medycznej przekazano pacjentowi/pacjentce/osobie upoważnionej

\_\_\_\_\_  
*Data i podpis osoby wydającej/wysyłającej kopię*

**Kwituję odbiór kopii dokumentacji medycznej**

\_\_\_\_\_  
*Data i podpis pacjenta lub osoby upoważnionej*