

WNIOSEK O UDOSTĘPNIENIE KOPII DOKUMENTACJI MEDYCZNEJ

Imię i nazwisko Pacjentki _____ Data urodzenia _____ Telefon kontaktowy _____ Adres email _____	Imię i nazwisko Pacjenta _____ Data urodzenia _____ Telefon kontaktowy _____ Adres e-mail _____
Prosimy o wydanie kopii dokumentacji medycznej: <input type="checkbox"/> bez wyników badań <input type="checkbox"/> z wynikami badań wykonanym <input type="checkbox"/> z wynikami badań, dostarczonymi przez nas do nOvum	Cel wydania dokumentu: _____ _____
Sposób odbioru kopii dokumentacji medycznej: <input type="checkbox"/> odbiór osobisty <input type="checkbox"/> przesyłka pocztą tradycyjną <input type="checkbox"/> przesyłka pocztą elektroniczną na podany wyżej adres e-mail <input type="checkbox"/> kurier (zamówienie i koszt przesyłki pokrywa pacjent)	Adres do korespondencji: _____ <i style="text-align: center;">kod pocztowy, miejscowość</i> _____ <i style="text-align: center;">ulica, numer domu i numer mieszkania</i>
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.	
_____ <i>Data i podpis Pacjentki</i>	_____ <i>Data i podpis Pacjenta</i>
_____ <i>Data i podpis osoby przyjmującej wniosek</i>	
Wyrażam zgodę na udostępnienie kopii dokumentacji medycznej _____ <i>Data i podpis lekarza</i>	
Kopia dokumentacji medycznej gotowa do wydania zawiera kserokopię: od strony do strony, od strony do strony, od strony do strony <input type="checkbox"/> bez wyników badań <input type="checkbox"/> oraz wyniki badań wykonane w nOvum <input type="checkbox"/> oraz wyniki badań dostarczone do nOvum przez pacjentów _____ <i>Data i podpis osoby przygotowującej kopię dokumentacji medycznej</i>	
Kopia dokumentacji sprawdzona, gotowa do wydania _____ <i>Data i podpis osoby zatwierdzającej kopię dokumentacji medycznej do wydania</i>	
Sposób udostępnienia dokumentacji medycznej - kopię dokumentacji medycznej przekazano: <input type="checkbox"/> pacjentowi/pacjentce/osobie upoważnionej - odbiór w Przychodni <input type="checkbox"/> pocztą tradycyjną <input type="checkbox"/> pocztą elektroniczną <input type="checkbox"/> kurierem _____ <i>Data i podpis osoby wydającej/wysyłającej kopię dokumentacji medycznej</i>	
Kwituję odbiór kopii dokumentacji medycznej _____ <i>Data i podpis pacjenta lub osoby upoważnionej</i>	