

Miejscowość, data.....

DANE WNIOSKODAWCY:

imię i nazwisko.....

PESEL .....

adres zamieszkania.....

## **WNIOSEK O WYDANIE DOKUMENTACJI MEDYCZNEJ**

Ja niżej podpisany/a, zwracam się z uprzejmą prośbą o wydanie kserokopii dokumentacji medycznej:

Imię, nazwisko i PESEL (w przypadku braku – data urodzenia) pacjenta, którego dokumentacja dotyczy:

.....

Określenie rodzaju dokumentacji medycznej (badania obrazowe – np. RTG, USG, rezonans magnetyczny, tomografia komputerowa):

.....

poprzez

- umożliwienie wglądu do dokumentacji,
- wydanie kopii dokumentacji medycznej,
- wydanie w innej formie (wyciągu, odpisu)

Dokumentację medyczną odbiorę:

- osobiście
- upoważniam.....  
imię i nazwisko, PESEL/data urodzenia

- proszę przesłać na adres.....

.....  
Zobowiązuję się do pokrycia kosztów wykonania kserokopii dokumentacji zgodnie z cennikiem aktualnie obowiązującym w Grupa POLMED Diagnostyka oraz kosztów ewentualnej przesyłki.

.....  
data i podpis osoby przyjmującej wniosek

.....  
data i podpis Wnioskodawcy

## **WYDANIE DOKUMENTACJI**

.....  
data i podpis osoby wydającej dokumentację

.....  
data i podpis Osoby przyjmującej dokumentację