

WNIOSEK
o wydanie kopii dokumentacji medycznej
zasobów Gminnego Centrum Medycznego Trzebnica -Zdrój Sp. z o.o.

Osoba wnioskująca: (należy właściwie zakreślić):

1. Pacjent
2. Przedstawiciel ustawowy
3. Osoba upoważniona przez pacjenta

dane dotyczące pacjenta:

.....
imię i nazwisko

.....
PESEL

.....
dokładny adres zamieszkania

dane dotyczące osoby występującej z wnioskiem:

.....
imię i nazwisko

.....
PESEL

:.....
dokładny adres zamieszkania

Zwracam się z prośbą o wydanie kopii (właściwie wypełnić):

1. formularza historii choroby z Poradni:
w okresie
2. innej dokumentacji medycznej:.....
..... w okresie

Oświadczam, że zgadzam się na pokrycie kosztów związanych z kserowaniem i wydawaniem dokumentacji w wysokości 0,0002 przeciętnego wynagrodzenia w poprzednim kwartale za stronę i w wysokości 0,002 przeciętnego wynagrodzenia w poprzednim kwartale za dokumentację w formie elektronicznej.

Podpis osoby występującej z wnioskiem:Nr telefonu kontaktowego

Potwierdzam odbiór dokumentacji/podpis/data