

NZOZ „JUDYM”
UL. HELENY 2
30-838 KRAKÓW
NIP:6792642561
e-mail: nzozheleny@wp.pl

Kraków , dniaroku

Dane osoby wnioskującej o udostępnienie dokumentacji (dane do rachunku):

Imię i Nazwisko: PESEL lub data urodzenia:

Adres zamieszkania:

Telefon kontaktowy:e-mail:.....

Dane pacjenta, którego dotyczy dokumentacja (wypełnić w przypadku gdy inne niż powyżej)

Imię i Nazwisko: PESEL lub data urodzenia:

WNIOSEK O UDOSTĘPNIENIE DOKUMENTACJI MEDYCZNEJ

Proszę o:

- wydanie **kserokopii dokumentacji medycznej**
- sporządzenie i wydanie **odpisu dokumentacji medycznej**
- udostępnienie dokumentacji **do wglądu**

Rodzaj dokumentacji:.....

za okres od: do.....

- Wnioskowaną dokumentację proszę wysłać na wskazany adres
- Wnioskowaną dokumentację odbiorę osobiście
- Dokumentację proszę wydać osobie upoważnionej przeze mnie na podstawie pisemnego upoważnienia zawierającego co najmniej imię i nazwisko oraz nr dowodu osobistego osoby upoważnionej

Oświadczam, iż zapoznałem/am się z obowiązującą w Niepublicznym Zakładzie Opieki Zdrowotnej „Judym” w Krakowie Procedurą udostępniania dokumentacji medycznej oraz cennikiem, akceptuję jego postanowienia i zobowiązuję się do poniesienia kosztów związanych z wydaniem kserokopii (odpisu) dokumentacji medycznej (w przypadku wysłania dokumentacji pocztą zobowiązuję się do pokrycia kosztów wysyłki).

.....
czytelny podpis wnioskodawcy

Potwierdzenie odbioru wnioskowanej dokumentacji medycznej.

.....
czytelny podpis wydającego

.....
czytelny podpis odbierającego