

**Wniosek o wydanie kopii
(wyciągu, odpisu) dokumentacji medycznej**

Do Dyrektora SP ZOZ w Myszkowie

1. Wnioskodawca:

Imię i nazwisko

Adres zamieszkania

--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--

Nr PESEL

Numer telefonu kontaktowego.....

2. Dokumentacja medyczna dotyczy*

Imię i nazwisko

Adres zamieszkania

--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--

Nr PESEL

3. Dokumentacja dotyczy leczenia / diagnostyki w (podać nazwę komórki organizacyjnej i datę pobytu / badania)

4. Rodzaj dokumentacji medycznej (np. historia choroby, karta informacyjna, wyniki badań – podać jakich, inna)

5. Wnioskuje o wydanie kserokopii (wyciągu lub odpisu) dokumentacji medycznej określonej w pkt 4 i zobowiązuje się do pokrycia kosztów jej wykonania zgodnie z cennikiem obowiązującym w SP ZOZ w Myszkowie.

6. Dokumentację medyczną wymienioną w pkt 4**:

a) odbiorę osobiście,

b) odbierze osoba przeze mnie upoważniona.

.....
(czytelny podpis wnioskodawcy)