



Zagórze, dnia

Dyrektor ds. Medycznych Spółki

Mazowieckie Centrum Neuropsychiatrii Sp. z o.o.
w Zagórze

**WNIOSEK
O WYDANE DOKUMENTACJI MEDYCZNEJ**

1. Wnioskodawca:

Imię i Nazwisko

Adres zamieszkania

Nr PESEL

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

Numer telefonu kontaktowego

2. Dokumentacja medyczna dotyczy*

Imię i Nazwisko Pacjenta.....

Adres zamieszkania

Nr PESEL

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

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

.....

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

.....

5. Wniosuję o:

- wgląd do dokumentacji medycznej określonej w pkt 4**

- wydanie kserokopii dokumentacji medycznej określonej w pkt 4** i zobowiązuję się do pokrycia kosztów wykonania kserokopii dokumentacji zgodnie z cennikiem obowiązującym w Mazowieckim Centrum.

6. Dokumentację wymienioną w pkt 4** odbiorę osobiście.

.....
(czytelny podpis wnioskodawcy)

* - wypełnić w przypadku, gdy wnioskodawca wnioskuje o udostępnienie dokumentacji, jako przedstawiciel ustawowy pacjenta lub z upoważnienia pacjenta

** - niepotrzebne skreślić

WYDANO

.....
(Data wydania dokumentu)

1. Tożsamość osoby odbierającej dokumentację medyczną stwierdzono na podstawie:

..... nr
(podać nazwę dokumentu tożsamości)

2. Pobrano opłatę w wysokości zł;

3. Wystawiono fakturę nr z dnia

.....
(czytelny podpis osoby odbierającej dokumentację)

.....
(czytelny podpis pracownika wydającego dokumentację)