

Tczew, dnia

**WNIOSEK
o wydanie kopii / oryginału dokumentacji medycznej**

Dane osoby wnioskującej o wydanie dokumentacji:

Imię i nazwisko:
Data urodzenia/ PESEL
Adres zamieszkania.....
Telefon kontaktowy

Dane osoby, której dotyczy dokumentacja:

(wypełnić w przypadku, gdy wnioskodawcą jest inna osoba niż pacjent)

Imię i nazwisko:
Data urodzenia/ PESEL

**Proszę o wydanie wyciągu, kserokopii dokumentacji medycznej z leczenia w Oddziale /
Poradni*)**

Czas pobytu w szpitalu / data uzyskania porady

Dokumentacja potrzebna jest do: *(odpowiednie zaznaczyć)*

- Przedłożenia lekarzowi leczącemu (do dalszego leczenia);
- Przedłożenia w instytucji ubezpieczeniowej;
- Inne.....

.....
Data, podpis osoby składającej

Do odbioru upoważniam :

Imię i nazwisko:.....

Adres

Seria i numer dowodu osobistego lub innego dokumentu ze zdjęciem poświadczającego tożsamość upoważnionego:

.....

Jednocześnie zobowiązuję się do poniesienia kosztów związanych z wykonaniem kserokopii/ i przesłania/ dokumentacji medycznej zgodnie z obowiązującym w Szpitalach Tczewskich S.A. cennikiem udostępniania dokumentacji medycznej.

Odbiór:

- Osobiście
- Przez osobę upoważnioną

.....
Data, podpis osoby odbierającej

***) podkreślić właściwe**