D+
Wyrobek

wniosek
o udostępnienie kopii dokumentacji medycznej

Dane osoby wnioskującej o wydanie dokumentacji:

IMIĘ I NAZWISKO

PESEL/numer dokumentu

ADRES

numer telefonu kontaktowego

Wnioskuję o:

- ☐ **wydanie kserokopii dokumentacji medycznej** potwierdzonej za zgodność z oryginałem
- ☐ **płyty CD** z obrazem

Rodzaj dokumentacji medycznej:

Badanie: RM/TK/RTG/USG _____
jakiej cześci ciała?

Data badania: _____

Miejsce badania: _____

Czy badanie było wykonane w ramach NFZ? ☐ **TAK** ☐ **NIE**

Wnioskowaną dokumentację:

☐ **odbiorę osobiście**

☐ **odbierze osoba upoważniona:**

IMIĘ I NAZWISKO

D D M M R R
data urodzenia

numer telefonu kontaktowego

_____ _____
MIEJSCOWOŚĆ I DATA PODPIS

Potwierdzenie odbioru dokumentacji medycznej:

Ja, niżej podpisany/a: _____ D D M M R R
data urodzenia

potwierdzam odbiór wnioskowanej dokumentacji

_____ _____
DATA PODPIS

[WYPEŁNIA PRACOWNIK] potwierdzam zgodność danych i wydanie dokumentacji

_____ _____
DATA PODPIS PRACOWNIKA