D+
Wyrobek

wniosek
o udostępnienie kopii dokumentacji medycznej

Dane osoby wnioskującej o wydanie dokumentacji:

IMIĘ I NAZWISKO

ADRES

PESEL/numer dokumentu

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

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