

**PULS sp. z o. o. Przychodnia Lekarska
MROZY UL. Willowa 12**

MROZY, DN.

WNIOSEK O WYDANIE KSEROKOPII DOKUMENTACJI MEDYCZNEJ

Wnioskuję o wydanie kserokopii dokumentacji medycznej znajdującej się w zasobach przychodni, dotyczącej:

- Mnie
- Osoby, której jestem prawnym opiekunem
- Posiadam upoważnienie od prawnego opiekuna (w załączeniu)

Dokumentacja wydawana jest tylko wnioskodawcy lub osobie upoważnionej przez nią na piśmie. Kserokopia dokumentacji medycznej udostępniana jest w ciągu 7 dni roboczych od daty złożenia wniosku.

DANE PACJENTA

1. Imię i nazwisko
2. Pesel
3. Adres zamieszkania

Na podstawie art. 18 ust. 4b ustawy o zakładach opieki zdrowotnej z 30.08.1991r (Dz. U. 2007. Nr 14 poz. 89 z późniejszymi zmianami) za sporządzenie niżej wymienionej dokumentacji pobierana jest opłata. Zostałem/am poinformowana o wysokości opłat związanych z wydaniem dokumentacji:

- 0,35 zł za 1 stronę dokumentacji medycznej
- 4,00 zł za jedną stronę wyciągu lub odpisu.

W przypadku nie odebrania zleconej do kopiowania dokumentacji medycznej zobowiązuję się do pokrycia kosztów sporządzonej kopii. Wyrażam zgodę na wystawienie faktury bez podpisu.

DANE WNIOSKODAWCY

1. Imię i nazwisko
2. Pesel
3. Adres

4. Podpis czytelny wnioskodawcy

Data i podpis osoby odbierającej dokumentację

Data i podpis osoby wydającej dokumentację