



## WNIOSEK O UDOSTĘPNIENIE DOKUMENTACJI MEDYCZNEJ

Szczecin, dnia .....

**1. Wnioskodawca:**

Imię i Nazwisko....., PESEL.....

Adres....., tel.....

**2. Dane pacjenta, którego dotyczy dokumentacja (wypełnić, gdy wniosek składa pełnomocnik/ opiekun prawny)**

Imię i Nazwisko....., PESEL.....

Adres....., tel.....

**3. Sposób wydania dokumentacji medycznej:**

- do wglądu w siedzibie podmiotu leczniczego
- kserokopia dokumentacji medycznej

**4. Zakres udostępnionej dokumentacji:**

Poradnia: ....., okres: .....

Poradnia: ....., okres: .....

Poradnia: ....., okres: .....

**5. Rodzaj udostępnianej dokumentacji medycznej:**

- historia choroby
- wyniki badań
- karty informacyjne
- inne .....

Wnioskodawca pokrywa koszty przygotowania dokumentacji zgodnie z aktualnym cennikiem EVOMED Sp. z o.o.. Dokumentacja przygotowywana jest do odbioru w ciągu 7 dni roboczych.

.....  
Data i podpis osoby przyjmującej wniosek

.....  
Data i podpis wnioskodawcy

**DOKUMENTACJĘ WYDANO**



**WNIOSEK O UDOSTĘPNIENIE DOKUMENTACJI  
MEDYCZNEJ**

1. Data, podpis osoby odbierającej:.....
2. Tożsamość osoby odbierającej dokumentację stwierdzono na podstawie:  
Dowód osobisty nr i seria:.....
3. Pobrano opłatę zgodnie z cennikiem.

.....

(podpis wydającego dokumentację)