



## WNIOSEK O UDOSTĘPNIENIE DOKUMENTACJI MEDYCZNEJ

Szczecin, dnia .....

### 1. Wnioskodawca:

Imię i Nazwisko....., PESEL.....

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

Mail.....

### 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



**WNIOSEK O UDOSTĘPNIENIE DOKUMENTACJI  
MEDYCZNEJ**

**DOKUMENTACJĘ WYDANO**

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)