

Miejscowość, data.....

## DANE WNIOSKODAWCY:

imię i nazwisko.....

PESEL .....

adres zamieszkania.....

nr dowodu osobistego.....

**WNIOSEK O WYDANIE DOKUMENTACJI MEDYCZNEJ**

Ja niżej podpisany/a, zwracam się z uprzejmą prośbą o wydanie kserokopii dokumentacji medycznej:

.....  
Imię, nazwisko i PESEL (w przypadku braku –data urodzenia) pacjenta, którego dokumentacja dotyczy

Określenie rodzaju dokumentacji medycznej (badania obrazowe –np. RTG, USG, rezonans magnetyczny, tomografia komputerowa, PET/CT):

.....  
poprzez

- umożliwienie wglądu do dokumentacji,
- wydanie kopii dokumentacji medycznej,
- wydanie w innej formie (wyciągu, odpisu)

Dokumentację medyczną odbiorę:

- osobiście
- upoważniam.....  
imię i nazwisko, nr dokumentu tożsamości

- proszę przesłać na adres.....

Zobowiązuję się do pokrycia kosztów wykonania kserokopii dokumentacji zgodnie z cennikiem aktualnie obowiązującym w NEWMEDICAL oraz kosztów ewentualnej przesyłki.

.....  
data i podpis osoby przyjmującej wniosek.....  
data i podpis Wnioskodawcy**WYDANIE DOKUMENTACJI**.....  
data i podpis osoby wydającej dokumentację.....  
data i podpis Osoby przyjmującej dokumentację