



WNIOSEK O WYDANIE DOKUMENTACJI MEDYCZNEJ

Imię i nazwisko	
Data i miejsce urodzenia	
PESEL/ nr dowodu osobistego	
Ulica, nr domu, nr lokalu	
Kod pocztowy miejscowość	
Telefon	

Składam wniosek o udostępnienie poprzez (proszę zaznaczyć odpowiednie pole) :

- umożliwienie wglądu do dokumentacji w siedzibie Szpitala Miejskiego w Zabrze
- wydanie kopii dokumentacji medycznej
- wydanie w innej formie (np. wyciągu, odpisu itp.).....

z wizyty/hospitalizacji* na :

Oddziale/ Izbie Przyjęć *

Poradni

w okresie od :20..... do20.....

Dokumentacja medyczna jest mi niezbędna celem :

Dokumentację medyczną odbiorę:

- osobiście
- upoważniam

.....
Imię Nazwisko, nr i seria dokumentu tożsamości

- proszę przesłać na adres:

Zobowiązuję się do pokrycia kosztów wykonania kserokopii dokumentacji zgodnie z cennikiem obowiązującym w Szpitalu Miejskim w Zabrze oraz pokrycia kosztów przesyłki.

Potwierdzam odbiór dokumentacji medycznej w ilości stron:

.....
czytelny podpis

* niepotrzebne skreślić

- cena sporządzenia 1 strony dokumentacji medycznej wynosi 0,30 zł brutto
- cena sporządzenia 1 strony odpisu dokumentacji medycznej wynosi 8,70