



NZOZ Szpital Specjalistyczny  
w Jędrzejowie im. Władysława Biegańskiego

**WNIOSEK  
o wydanie KOPII  
dokumentacji medycznej Pacjenta**

Jędrzejów  
dnia .....

<b>DANE PACJENTA</b>	Imię i Nazwisko												
	PESEL data urodzenia												
	adres zamieszkania												
	kod pocztowy miejscowość												
	Dane kontaktowe (telefon, e-mail ...)												
<b>DOKUMENTACJA</b>	Oddział / Poradnia												
	nr dokumentacji												
	dotyczy okresu												
	Kopia dokumentacji medycznej potwierdzona za zgodność z oryginałem* TAK <input type="checkbox"/> / NIE <input type="checkbox"/>												

Zwracam się z prośbą o sporządzenie i wydanie kopii w/w dokumentacji medycznej znajdującej się w Państwa posiadaniu. Zobowiązuję się jednocześnie do wniesienia opłaty za wykonanie kserokopii dokumentów zgodnie z obowiązującym w NZOZ cennikiem.

Dokumentację odbiorę\* osobiście

za pośrednictwem upoważnionej osoby

proszę o przesłanie dokumentacji pocztą

.....  
Podpis Pacjenta / Wnioskodawcy

**!!! Wypełnić, gdy wniosek dotyczy dokumentacji dziecka poniżej 18 r. ż. lub osoby ubezwłasnowolnionej !!!**

.....  
Czytelnie - Imię i nazwisko Opiekuna prawnego

.....  
Podpis

**!!! Wypełnić, gdy Wnioskujący pragnie odebrać dokumentację za pośrednictwem upoważnionej osoby !!!**

Ja, niżej podpisana/-y, legitymująca/-y się dowodem osobistym nr ..... upoważniam

..... Legitymującą /-cego się  
(Czytelnie Imię i Nazwisko osoby upoważnionej do odbioru dokumentacji)

Dowodem osobistym nr ..... wydanym przez .....  
do odbioru kopii dokumentacji medycznej.

.....  
Podpis Pacjenta / Wnioskodawcy / Opiekuna prawnego

<b>Dokumentację wydano*</b>		<b>Dokumentację otrzymałem</b>	
Wnioskodawcy <input type="checkbox"/>	..... podpis osoby wydającej, data	..... Podpis Odbierającego, data	
Osobie upoważnionej <input type="checkbox"/>			
wysłano pocztą <input type="checkbox"/>			

\* zaznaczyć właściwą odpowiedź

**UWAGI:**

.....  
.....