

WNIOSEK O WYDANIE KSEROKOPII DOKUMENTACJI MEDYCZNEJ

Lubin, dnia

.....
imię i nazwisko pacjenta

.....
adres

.....
telefon

**„Miedziowe Centrum Zdrowia” S.A.
ul. M. Skłodowskiej – Curie 66
59-301 Lubin**

Proszę o wydanie : *

1. całości dokumentacji medycznej dotyczącej mojej osoby;
2. określonego jej rodzaju (wynik badania diagnostycznego, część historii zakresu leczenia szpitalnego, część historii dotyczącej leczenia specjalistycznego itp.....);
3. dokumentacji dołączonej z innych jednostek służby zdrowia.

Jednocześnie zobowiązuję się do pokrycia kosztów sporządzonych kserokopii w wysokości zgodnej z obowiązującymi przepisami.

.....
.....
miejsowość, data

.....
czytelny podpis

* niepotrzebne skreślić

Wyrażam zgodę / nie wyrażam zgody

.....
podpis osoby odpowiedzialnej/upoważnionej w „MCZ” S.A.