Dane osoby wnioskującej o wydanie dokumentacji:

Imię i nazwisko	PESEL	Adres zamieszkania		
		Miasto:	Ulica:	Numer:
Kod pocztowy:	Poczta:	Województwo:		
Telefon kontaktowy:		e-mail		

Dane pacjenta, którego dotyczy dokumentacja (wypełnić gdy dane inne niż powyżej):

Imię i nazwisko	PESEL

WNIOSEK O WYDANIE DOKUMENTACJI MEDYCZNEJ

Proszę o:

☐ Wydanie kserokopii dokumentacji medycznej potwierdzonej za zgodność z oryginałem

☐ Sporządzenie i wydanie odpisu dokumentacji medycznej

☐ Udostępnienie dokumentacji do wglądu

☐ Wydanie oryginału dokumentacji

Z leczenia/ wykonania badania w NU-MED Grupa SA w:

☐ Oddziale Radioterapii ☐ Zakładzie Radioterapii

☐ Pracowni Rezonansu Magnetycznego ☐ Pracowni Tomografii Komputerowej

Rodzaj dokumentacji :

☐ historia choroby, za okres od…… do…… ☐ badanie TK/MR nr ……

Czy cel wydania dokumentacji medycznej służy profilaktyce, zachowaniu, ratowaniu, przywracaniu i poprawie zdrowia?

☐ TAK ☐ NIE

Dokumentację odbiorę:

☐ osobiście ☐ proszę wysłać na adres…….....

☐ dokumentację odbierze osoba upoważniona

WYDANIE DOKUMENTACJI MEDYCZNEJ

Dane osoby odbierającej dokumentację medyczną stwierdzono na podstawie:

Imię i nazwisko:		Nr dokumentu tożsamości:		Podpis:	

Wysłano listem poleconym:

Nr nadawczy		Z dnia	

Dane osoby wydającej dokumentację medyczną:

Imię i nazwisko		Podpis	Wykonano kopię dokumentacji	☐ TAK ☐ NIE