

**WNIOSEK O WYDANIE DOKUMENTACJI MEDYCZNEJ****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

**Proszę o:**

- Wydanie kserokopii dokumentacji medycznej potwierdzonej za zgodność z oryginałem
- Sporządzenie i wydanie odpisu,
- Sporządzenie i wydanie wyciągu z dokumentacji medycznej,
- Udostępnienie dokumentacji do wglądu
- Wydanie oryginału dokumentacji

**Z leczenia/ wykonania badania w NU – MED GRUPA S.A.:**

- Zakładzie Radioterapii                       Pracowni TK
- Oddziale Radioterapii                       Pracowni MR
- Poradni Onkologicznej                       Poradni Hematologicznej

**Rodzaj dokumentacji :**

- historia choroby, za okres od..... do.....
- karta informacyjna leczenia szpitalnego, za okres od..... do.....
- badanie TK / MR nr .....
- inna – jaka.....

**CZY CEL WYDANIA DOKUMENTACJI MEDYCZNEJ SŁUŻY PROFILAKTYCE, ZACHOWANIU, RATOWANIU, PRZYWRACANIU I POPRAWIE ZDROWIA?**

- TAK     NIE

**Dokumentację odbiorę:**

- osobiście    proszę wysłać na adres.....
- upoważniam do odbioru dokumentacji medycznej .....
- (imię i nazwisko, nr dokumentu tożsamości)

Data złożenia wniosku:	Podpis osoby składającej wniosek:
------------------------	-----------------------------------

**WYDANIE DOKUMENTACJI MEDYCZNEJ****Dotyczy odbioru osobistego dokumentacji medycznej**

Dane osoby odbierającej dokumentację medyczną stwierdzono na podstawie:

Imię i nazwisko	Numer dokumentu tożsamości	Data	Podpis

**Dotyczy dokumentacji medycznej przekazanej korespondencyjnie**

Przekazano do Sekretariatu:	Liczba stron dokumentacji:	Data:	Wysłano: <input type="checkbox"/> listem poleconym <input type="checkbox"/> kurierem
-----------------------------	----------------------------	-------	--

**Dane osoby wydającej dokumentację medyczną:**

Imię i nazwisko	Data	Podpis

**Dotyczy wydania oryginału dokumentacji medycznej:**Wykonano kopię dokumentacji medycznej  TAK      Ustalono termin zwrotu oryginału na..... NIE

Potwierdzenie zwrotu wydanego oryginału dokumentacji medycznej:

Potwierdzam odbiór dokumentacji medycznej pacjenta ..... Dokumentacja jest kompletna i nieuszkodzona.	
Data i podpis osoby zdającej:	Data i czytelny podpis osoby odbierającej: