Centrum Medyczne AdoMed 2 Roman Elias
ul. Stefana Batorego 19, 41-506 Chorzów

Chorzów, dnia ……

Wniosek o wydanie kserokopii / oryginału dokuemntacji medycznej znajdującej się w zasobach poradni dotyczącej:

☐ Mojej osoby
☐ Osoby, której jestem prawnym opiekunem
☐ Posiadam upoważnienie (w załączniku)

1. **DANE PACJENTA, którego dokumentacja dotyczy:**

IMIĘ _____
NAZWISKO _____
PESEL _____
PORADNIA _____
ZAKRES CZASOWY _____

Diagnostyka obrazowa (RTG, USG):

Badanie wykonano w czasie wizyty ambulatoryjnej
w poradni _____ w dniu _____

Inne szczegóły

_____
_____

Sposób odbioru dokumentacji

☐ Odbiór osobisty w placówce
☐ Przesłanie za zaliczeniem pocztowym na adres wnioskodawcy

W przypadku nie odebrania zleconej do kopiowania dokumentacji medycznej zobowiązuję się do pokrycia kosztów sporządzonej kopii. Wyrażam zgodę na wystawianie faktury bez podpisu.

2. **DANE WNIOSKODAWCY** (w przypadku odbioru kopii dokumentacji przez inne osoby niż wnioskodawca wymagane jest upoważnienie)
   IMIĘ i NAZWISKO _____
   PESEL _____
   ADRES _____
   NUMER TELEFONU _____

_____
data i podpis wnioskodawcy

Kwota do zapłaty za udostępnioną dokumentację medyczną: _____
Czas oczekiwania 7 dni roboczych.

_____
data i podpis osoby wydającej dokumentację

_____
data i podpis osoby odbierającej dokumentację