**Wniosek o udostępnienie / wydanie dokumentacji medycznej**

**Wnioskodawca:**

Imię i Nazwisko: …………………………………………………………………………………………………………………………………………..

Adres zamieszkania: …………………………………………………………………………………………………………………………………….

Nr PESEL: ……………………………………………………… Numer telefonu kontaktowego: ………………………………..……….

**Dane osobowe pacjenta, którego dotyczy wniosek (jeżeli wnioskodawcą nie jest pacjent):**

Imię i Nazwisko: …………………………………………….………………………………………………………………………………………………

Adres zamieszkania: ……………………………………………………………………………………………………………………………………….

Nr PESEL: ……………………………………………………………………………………………………………………………………………………….

**Zakres wnioskowanej dokumentacji:**

**Data początkowa: ………………………………… Data końcowa: ………………………………….**

**Wnioskuję o wydanie:**

□ Kopii dokumentacji medycznej w postaci wydruku / kserokopii

□ Odpisu/wyciągu dokumentacji medycznej

**\*** Zobowiązuję się do pokrycia kosztów wykonania kopii / wyciągu zgodnie z obowiązującym cennikiem

**Dokumentację:**

□ Odbiorę osobiście

□ Jednorazowo upoważniam do odbioru kopii dokumentacji medycznej:

Imię i nazwisko osoby upoważnionej: ……………………………………………………………………………………………………………..

Nr i seria dokumentu tożsamości oraz PESEL upoważnionego: ………………………………………………………………………..

□ Zobowiązuję się powiadomić osobę odbierającą o konieczności pokrycia kosztów wykonania kserokopii

dokumentacji medycznej.

□ Proszę przesłać na adres jak w punkcie nr 1 – Należność ureguluję za zaliczeniem pocztowym; Jednocześnie oświadczam, iż wszelkie ryzyko związane z wysłaniem dokumentacji medycznej nie będzie obciążało Qmedica Sp. z o.o.

………………………………………………………………………… …………………………………………………………………………

(Data i czytelny podpis Wnioskodawcy) (Podpis pracownika przyjmującego oświadczenie)

2) Potwierdzam odbiór wydruku / kserokopii dokumentacji medycznej

……………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………

(data i podpis Wnioskodawcy)

3) Pobrano opłatę w wysokości……………………………………… zł

4) Wysłano listem poleconym nr nadawczy dnia: …………………………………………………………………………