

....., dn.....
Miejscowość; data

Do Dyrektora WOMP Katowice

Wniosek o udostępnienie dokumentacji medycznej

1. Wnioskodawca:

.....
Imię i nazwisko, Pesel lub seria dowodu osobistego

2. Dokumentacja medyczna dotyczy:

.....
Imię i nazwisko Pacjenta/ tki, Pesel lub seria dowodu osobistego

3. Zakres dokumentacji medycznej:

4. Wnioskuje o udostępnienie dokumentacji medycznej poprzez:

- wgląd do dokumentacji medycznej określonej powyżej*
- wydanie wyciągu, odpisu, kopii lub wydruku i zobowiązuję się do pokrycia kosztów zgodnie z obowiązującym w WOMP Katowice cennikiem *
- wydanie na informatycznym nośniku danych i zobowiązuję się do pokrycia kosztów zgodnie z obowiązującym w WOMP Katowice cennikiem *
- wypożyczenie zdjęć RTG wykonanych na kliszy i zobowiązuje się do ich zwrotu po wykorzystaniu*

5. Dokumentacje wymienioną w pkt. 3 :

- Odbiorę osobiście*
- Proszę przesłać na adres:,
jednocześnie oświadczam, że pokryje koszty przesyłki*

.....
Czytelny podpis Wnioskodawcy

Ja niżej podpisana/y potwierdzam odbiór w/w dokumentacji medycznej

.....
Data i podpis osoby odbierającego dokumenty Data i podpis osoby wydającego dokumenty

**niepotrzebne skreślić*