

	<b>SYSTEM ZARZĄDZANIA JAKOŚCIĄ</b> Puls-Med. Sp. z o. o.  <b>ISO 9001:2015</b>	<b>I-09</b> <b>Zał. nr 1</b>
	<b>Wniosek o uzyskanie kserokopii dokumentacji medycznej</b>	Nr wersji - 2
		Nr egz. 1      Strona 1 z 1

Obowiązuje od 1.07.2019

Chodzież dnia. ....

**Wniosek nr            /20**

**1. Dokumentacja medyczna dotyczy pacjenta**

Imię i Nazwisko.....

adres zamieszkania.....

Pesel.....

Numer telefonu kontaktowego.....

**2. Rodzaj dokumentacji:**

• podać nazwę poradni.....

• podać datę z jakiego okresu.....

**3. Wnioskodawca\***

Imię i Nazwisko.....

adres zamieszkania.....

Pesel.....

**4. Wnioskuje o wydanie kserokopii dokumentacji medycznej określonej w pkt.2 i zobowiązuję się do pokrycia kosztów jej wykonania zgodnie z cennikiem obowiązującym w Puls-Med Sp. z o. o.**

.....  
Czytelny podpis wnioskodawcy

Potwierdzam odbiór dokumentacji:.....

\* Wypełnić w przypadku, gdy wnioskodawca zwraca się o udostępnienie dokumentacji jako przedstawiciel ustawowy pacjenta lub z upoważnienia pacjenta