

Kędzierzyn-Koźle, dn.

Imię i nazwisko:

PESEL, data urodzenia

Adres zamieszkania

.....

Nr dowodu tożsamości

Numer telefonu

Wniosek o wydanie kopii (wyciągu, odpisu) dokumentacji medycznej

Ja, niżej podpisany/a, zwracam się z uprzejmą prośbą o wydanie kserokopii dokumentacji medycznej:

Imię i nazwisko pacjenta, którego dokumentacja dotyczy:

Określenie rodzaju dokumentacji medycznej:

.....

Poprzez: (właściwe podkreślić)

- umożliwienie wglądu do dokumentacji medycznej w siedzibie WOMP
- wydania kopii dokumentacji medycznej
- wydania w innej formie (np. wyciąg, odpis, itp.)
- dokumentację medyczną odbiorę osobiście
- dokumentację medyczną proszę przesłać na adres:
-

Zobowiązuję się do pokrycia kosztów wykonania kserokopii, odpisu, wyciągu dokumentacji zgodnie z cennikiem obowiązującym w Wojewódzkim Ośrodku Medycyny Pracy w Opolu z/s w Kędzierzynie-Koźlu.

.....
Podpis osoby składającej wniosek

ODBIÓR DOKUMENTACJI MEDYCZNEJ

Kwituję odbiór dokumentacji medycznej:

.....
Data i czytelny podpis osoby odbierającej dokumentację medyczną

.....
Podpis osoby wydającej dokumentację medyczną