



WNIOSEK O UDOSTĘPNIENIE DOKUMENTACJI MEDYCZNEJ

.....
imię i nazwisko

.....
PESEL

.....
nr telefonu / email / adres

Ja niżej podpisany/a zwracam się z wnioskiem o udostępnienie dotyczącej mnie dokumentacji medycznej zarchiwizowanej w firmie Eskulap BIS s.c. Ewa Molska Stanisław Molski w Osielsku zarządzającej Szpitalem Eskulap w Osielsku oraz Centrum Medycznym w Bydgoszczy. Proszę o wydanie kserokopii:

1. kartoteki w poradni
2. wyniku badania histopatologicznego/cytologicznego*
3. opisu badania USG / TK / RTG / MR*
4. nośnika elektronicznego z wynikiem USG / TK / RTG / MR*
5. opisu badania endoskopii przewodu pokarmowego
6. karty informacyjnej z hospitalizacji
7.

.....
data i czytelny podpis pacjenta

UPOWAŻNIENIE DO WYDANIA DOKUMENTACJI MEDYCZNEJ

Upoważniam do wydania w/w dokumentacji Pani/Panu

Legitymującej/cemu się dowodem osobistym nr.....

.....
data i czytelny podpis pracownika przyjmującego upoważnienie

.....
data i czytelny podpis pacjenta

POTWIERDZENIE ODBIORU DOKUMENTACJI MEDYCZNEJ

Ja legitymująca/cy się dowodem osobistym nr
..... poświadczam odbiór kserokopii wnioskowanej dokumentacji medycznej.

.....
data i czytelny podpis pacjenta / osoby upoważnionej

ADNOTACJE PRACOWNIKA FIRMY ESKULAP BIS

Dokumentację **wydano w recepcji placówki Eskulap BIS**

Potwierdzam, że opłatę za udostępnienie dokumentacji w wysokości.

pobrano w gotówce / przelano na konto firmy Eskulap BIS i przedstawiono potwierdzenie przelewu*.

.....
data i czytelny podpis osoby wydającej dokumentację

* **niepotrzebne skreślić**

Dane do przelewu: Eskulap BIS s.c. Ewa Molska Stanisław Molski
Ul. Koperkowa 2, 86-031 Osielsko
BNP Paribas 62 1600 1185 0004 0807 8955 6001