



## 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

PKO BP 42 1020 1068 0000 1002 0378 7652