



KARTA WYDANIA DOKUMENTACJI MEDYCZNEJ

PACJENTA PESEL

Ja niżej podpisana/-y potwierdzam odbiór w dniu

następujących oryginałów dokumentacji:

.....
.....
.....

i zobowiązuję się do zwrotu powyższej dokumentacji niezwłocznie po jej wykorzystaniu.

kopii / odpisu / wyciągu obejmującego

.....
.....

w formie: w formie papierowej na informatycznym nośniku danych.

.....

czytelny podpis odbiorcy

Tożsamość osoby obierającej dokumentację medyczną stwierdzono na podstawie :

.....nr

podać nazwę dokumentu tożsamości

Pobrano opłatę / stwierdzono odbiór przelewu w wysokościza:

..... stron dokumentacji w formie kopii/wydruków

sporządzenie wyciągu, odpisu lub kopii dokumentacji medycznej na elektronicznym nośniku danych

sporządzenie wyciągu lub odpisu dokumentacji medycznej w formie papierowej.

.....
czytelny podpis wydającego

W dniu, przesłano Pani/-u

przesyłką pocztową poleconą nr nadawczy, na adres

.....

dokumentację medyczną zgodnie z wnioskiem.

.....
czytelny podpis wydającego