

**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 wysokości ...............................za:

□ ....................... 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*