

SAMODZIELNY PUBLICZNY KLINICZNY SZPITAL OKULISTYCZNY

**KATEDRA i KLINIKA OKULISTYKI II WYDZIAŁU LEKARSKIEGO
WARSZAWSKIEGO UNIwersYTETU MEDYCZNEGO**



Dyrektor - Kierownik Katedry i Kliniki:
prof. dr hab. n. med. Jacek P. Szaflik

03-709 Warszawa, ul. J. Sierakowskiego 13 NIP 113-21-68-300 REGON 016084355

PN-EN ISO 9001:2015-10 www.spkso.waw.pl e-mail: klinika@spkso.waw.pl

Telefon: + 48 22 511-62-00 (centrala), +48 22 511-63-77 (sekretariat)

+48 22 511-62-10 do 11 (rejestracja), +48 22 511-63-16 (fax kancelaria)

WNIOSEK O WYDANIE DOKUMENTACJI MEDYCZNEJ

Wnioskodawca/pacjent/przedstawiciel ustawowy pacjenta/

Nazwisko.....

Imię.....

Adres zamieszkania.....

Tel. kontaktowy

Nr PESEL

Dokumentacja medyczna dotyczy

Nazwisko.....

Imię.....

Adres zamieszkania.....

Nr PESEL

Rodzaj dokumentacji medycznej

Karta ambulatoryjna (poradnia)

Historia choroby (pobyt w szpitalu – data hospitalizacji)

.....

Badania diagnostyczne na nośniku elektronicznym.....

Wnioskuje o wydanie kserokopii dokumentacji medycznej i zobowiązuje się do jej odebrania oraz pokrycia kosztów wykonania kserokopii dokumentacji zgodnie z cennikiem obowiązującym w Samodzielnym Publicznym Klinicznym Szpitalu Okulistycznym

Wydanie dokumentacji medycznej nastąpi w ciągu 14 dni od daty złożenia wniosku.

Data i podpis wnioskodawcy

.....
Akceptacja Lek. Naczelnego/Kierownika Polikliniki

.....
(data i podpis osoby wydającej dokumentację)

.....
(data, czytelny podpis osoby odbierającej dokumentację)