

**Dowód uiszczenia opłaty
za wydanie kopii (wyciągu, odpisu) dokumentacji medycznej**

1. Miejscowość, data
2. Imię, nazwisko oraz adres pacjenta.....
3. Imię i nazwisko osoby dokonującej odbioru dokumentacji medycznej*

4. Dokumentacja medyczna wydawana jest w celu:

- dalszego leczenia w innym podmiocie leczniczym,
 niezwiązanym z dalszym leczeniem.

5. Wysokość opłaty za udostępnienie dokumentacji medycznej

.....x.....=.....

6. Nazwa komórki organizacyjnej dokonującej udostępnienia dokumentacji medycznej

.....

.....
(podpis pracownika wydającego kopię dokumentacji medycznej)

.....
(potwierdzenie zapłaty)

* - wypełnić w przypadku gdy odbioru dokumentacji medycznej dokonuje przedstawiciel ustawowy pacjenta lub osoba upoważniona

**Dowód uiszczenia opłaty
za wydanie kopii (wyciągu, odpisu) dokumentacji medycznej**

1. Miejscowość, data
2. Imię, nazwisko oraz adres pacjenta.....
3. Imię i nazwisko osoby dokonującej odbioru dokumentacji medycznej*

4. Dokumentacja medyczna wydawana jest w celu:

- dalszego leczenia w innym podmiocie leczniczym,
 niezwiązanym z dalszym leczeniem.

5. Wysokość opłaty za udostępnienie dokumentacji medycznej

.....x.....=.....

6. Nazwa komórki organizacyjnej dokonującej udostępnienia dokumentacji medycznej

.....

.....
(podpis pracownika wydającego kopię dokumentacji medycznej)

.....
(potwierdzenie zapłaty)

* - wypełnić w przypadku gdy odbioru dokumentacji medycznej dokonuje przedstawiciel ustawowy pacjenta lub osoba upoważniona