

**Dowód uiszczenia opłaty
za udostępnienie dokumentacji medycznej**

1. Miejsowość, 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

** dokonać właściwego wyboru poprzez zaznaczenie znakiem „X”

**Dowód uiszczenia opłaty
za udostępnienie dokumentacji medycznej**

1. Miejsowość, 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

** dokonać właściwego wyboru poprzez zaznaczenie znakiem „X”