

Drezdenko, dnia _____

(nazwisko i imię)

(adres zamieszkania)

(numer telefonu)

**Powiatowe Centrum Zdrowia Sp. z o.o.
Szpital Powiatowy w Drezdenku**

Proszę o wydanie kserokopii dokumentacji medycznej

(nazwisko i imię Pacjenta)

PESEL

z Poradni/Oddziału:

* Poradnia Chirurgiczna Ogólna

* Poradnia Chirurgii Urazowo – Ortopedycznej

* Poradnia Ginekologiczna

* Poradnia Zdrowia Psychicznego

* Poradnia Pulmonologiczna

* Poradnia Diabetologiczna

* Pogotowie _____

* Poradnia Reumatologiczna

* Poradnia Urologiczna

* Poradnia Neurochirurgiczna

* Poradnia Nefrologiczna

* Poradnia Neurologiczna

* Izba Przyjęć

* Oddział _____

Dokumentacja medyczna jest niezbędna w celu przedłożenia w _____

Forma odbioru:

* Odbiór osobisty – wyrażam zgodę na pokrycie kosztów sporządzenia kserokopii dokumentacji medycznej.

* Przesyłka listowa – wyrażam zgodę na pokrycie kosztów sporządzenia kserokopii dokumentacji medycznej oraz kosztów przesyłki listowej.

*właściwie zakreślić

(podpis)

F/MKS/3/2019 edycja 20.03.2019