

Dreżdenko, dnia _____

(nazwisko i imię)

(adres zamieszkania)

(numer telefonu)

Powiatowe Centrum Zdrowia Sp. z o.o.

Proszę o wydanie kserokopii dokumentacji medycznej

(nazwisko i imię Pacjenta)

PESEL

z Poradni/Oddziału:

- | | |
|---|---|
| <input type="checkbox"/> * Poradnia Chirurgiczna Ogólna | <input type="checkbox"/> * Poradnia Reumatologiczna |
| <input type="checkbox"/> * Poradnia Chirurgii Urazowo – Ortopedycznej | <input type="checkbox"/> * Poradnia Urologiczna |
| <input type="checkbox"/> * Poradnia Ginekologiczna | <input type="checkbox"/> * Poradnia Neurochirurgiczna |
| <input type="checkbox"/> * Poradnia Zdrowia Psychicznego | <input type="checkbox"/> * Poradnia Nefrologiczna |
| <input type="checkbox"/> * Poradnia Pulmonologiczna | <input type="checkbox"/> * Poradnia Neurologiczna |
| <input type="checkbox"/> * Poradnia Diabetologiczna | <input type="checkbox"/> * Izba Przyjęć |
| <input type="checkbox"/> * Pogotowie _____ | <input type="checkbox"/> * 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 09.04.2025