

Dane pacjenta: .....  
*Imię i nazwisko* ..... *PESEL/Data urodzenia*

Nazwa poradni/oddziału: .....

Okres wytworzenia dokumentacji .....

Rodzaj dokumentu medycznego (np.: karta informacyjna, historia choroby, wynik badania histopatologicznego itp.)  
.....

UWAGI: .....

Forma, w której dokument ma zostać udostępniony:  papierowa  nośnik informatyczny  klisze\*  skan

\* zobowiązuję się do zwrotu udostępnionych kliszy (ilość.....), najpóźniej do dnia .....

**Sposób odbioru dokumentacji:**

odbiorę dokumentację osobiście w punkcie rejestracji:

- ul. Fieldorfa „Nila” 40 w Warszawie
- ul. Św. Wincentego 103 w Warszawie
- ul. Szamocka 6 w Warszawie
- ul Narbutta 83 lok U10 w Warszawie
- ul. Kopernika 38 w Łodzi

załączam upoważnienie do odbioru mojej dokumentacji przez wskazaną osobę

wysyłka pobraniowa na adres .....

wysyłka na wskazany adres e-mail\*\* .....

\*\* hasło do zaszyfrowanego pliku z dokumentacją proszę wysłać na numer tel. ....

Oświadczam, iż wszelkiego rodzaju ryzyko związane z wysłaniem dokumentacji nie będzie obciążało Magodent Sp. z o.o.. W przypadku wysyłki pocztowej zobowiązuje się do pokrycia kosztów przesyłki poleconej oraz kosztów przygotowania dokumentacji zgodnie z obowiązującym cennikiem.

.....  
*data i podpis pacjenta/osoby upoważnionej*

.....  
*podpis pracownika wypełniającego wniosek\*\*\*\**

\*\*\*\* Forma zgłoszenia:  ustna  telefoniczna  e-mail

**POTWIERDZENIE ODBIORU KOPII DOKUMENTACJI MEDYCZNEJ**

nie wymaga wniesienia opłaty

wniesiono opłatę

.....  
*podpis pracownika wydającego dokumentację*

.....  
*data i podpis pacjenta/osoby upoważnionej*