

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 LUX MED Onkologia 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

.....
Data, czytelny 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