

Wniosek o udostępnienie dokumentacji medycznej

UWAGA! Prosimy o uważne przeczytanie, a następnie wypełnienie wniosku.

Ja niżej podpisana/y (*imię i nazwisko*)

legitymująca/y się dowodem tożsamości seria/numer

PESEL....., tel.

Proszę o udostępnienie dokumentacji medycznej w postaci wglądu/kopii/odpisu *)

imię i nazwisko Pacjenta:

PESEL

Dokumentacja medyczna z: (poradnia/pracownia),

rodzaj oraz zakres dokumentacji: (np. historia choroby, wyniki badań, itp., data od-do)

.....

.....

Wypełnić, gdy dotyczy dokumentacji udostępnianej w postaci kopii/odpisu.

Dokumentację odbiorę osobiście/za pośrednictwem osoby upoważnionej*)

w dniu godz.

(*dane osoby upoważnionej*)

imię i nazwisko

PESEL....., dowód tożsamości seria/numer

.....
Data i podpis osoby składającej wniosek

.....
Data i podpis osoby przyjmującej wniosek

*) niepotrzebne skreślić