

WNIOSEK O WYDANIE DOKUMENTACJI MEDYCZNEJ

WNIOSKODAWCA

Imię i nazwisko

Adres

tel.

DANE PACJENTA KTÓREGO DOTYCZY WNIOSEK

Imię i nazwisko.....

Adres.....

Data urodzenia/ PESEL

--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--

WNIOSEK SKŁADA:

- pacjent przedstawiciel ustawowy pacjenta osoba upoważniona

Proszę o udostępnienie dokumentacji medycznej:

- do wglądu w siedzibie podmiotu leczniczego, wydanie wyciągu, odpisu
 wydanie kserokopii dokumentacji medycznej inne

ZAKRES UDOSTĘPNIANEJ DOKUMENTACJI

rodzaj dokumentacji np. historia choroby, wyniki badań, zakres czasowy

Dokumentacja w żądanym zakresie jest udostępniana pacjentowi lub jego przedstawicielowi ustawowemu po raz pierwszy

- Tak Nie

.....
data i podpis wnioskodawcy

POKWITOWANIE

Potwierdzam odbiór.....
(wyciągów, odpisów lub kopii oraz określenie ilości i rodzaju dokumentów)

z dokumentacji medycznej pacjenta.....
(imię i nazwisko, pesel pacjenta)

.....
(data i podpis osoby wydającej dokumentację)

.....
(data i podpis odbierającego)