

.....
Data i miejscowość

Wniosek o wydanie dokumentacji medycznej

Dane Pacjenta :

.....
Imię i Nazwisko Pacjenta

.....
Nr PESEL / Data urodzenia

.....
Imię i nazwisko Rodzica / Opiekuna prawnego w przypadku dzieci poniżej 18r.z. oraz osób ubezwłasno Inionych**

.....
Nr dokumentu tożsamości ze zdjęciem Pacjenta / Rodzica / Opiekuna prawnego*

.....
Nr ID / Firma

.....
Adres zamieszkania

.....
Telefon kontaktowy

Prośba o wydanie dokumentacji medycznej * :

? oryginał dokumentacji medycznej za pokwitowaniem odbioru

 i z zastrzeżeniem zwrotu po wykorzystaniu

? kopia dokumentacji medycznej

? kopia dokumentacji medycznej (wybrani specjaliści)

? wyciągi / odpisy

.....
.....
Data i podpis osoby przyjmującej
wniosek

.....
.....
Data i podpis osoby składającej
wniosek

* zaznaczyć właściwe

** jeśli dotyczy

Podstawa Prawna: Dz. U. z 2009r. Nr 52, poz.417, Nr 76, poz. 641.