

WNIOSEK O WYDANIE DOKUMENTACJI MEDYCZNEJ

WNIOSKODAWCA

Imię i nazwisko

Adres tel.

DANE PACJENTA, KTÓREGO DOTYCZY WNIOSEK

Imię i nazwisko

Adres,

Data urodzenia/Nr 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

.....
(nazwa oddziału, poradni i data pobytu)
rodzaj dokumentacji

.....
(np. historia choroby, karta informacyjna, wyniki badań, inna)

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 pacjenta)

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

.....
(data i podpis wnioskodawcy)