

WNIOSEK PACJENTA O UDOSTĘPNIENIE DOKUMENTACJI MEDYCZNEJ



DANE PACJENTA , którego dokumentacja dotyczy

Imię i Nazwisko	
Pesel	
Tel. kontaktowy	

Proszę o wydanie kserokopii dokumentacji medycznej:

- mojej
- mojego dziecka.....
(imię i nazwisko, PESEL, adres zamieszkania)
- osoby, w stosunku do której jestem ustanowionym sądownie opiekunem prawnym* t.j.
.....
(imię i nazwisko, PESEL, adres zamieszkania)

Dokumentacja dotyczy leczenia w:

<input type="checkbox"/> poradni lekarza podstawowej opieki zdrowotnej	
<input type="checkbox"/> poradni specjalistycznej :	
<input type="checkbox"/> inne :	
Dokumentacja dotyczy leczenia w okresie :	

Dokumentację medyczną:

- odbiorę osobiście*
- odbierze w moim imieniu*:
.....
(imię i nazwisko, adres, stopień pokrewieństwa, nr telefonu)

*niepotrzebne skreślić

.....
data i podpis Pacjenta

.....
podpis Pracownika sporządzającego

POTWIERDZENIE ODBIORU:

Potwierdzam odbiór wnioskowanej dokumentacji.

.....
data i podpis osoby odbierającej dokumentację