

..... dnia
(miejscowość) (data)

WNIOSEK O WYDANIE DOKUMENTACJI MEDYCZNEJ

1. Dane pacjenta , którego dotyczy dokumentacja medyczna

Imię i nazwisko:

Data urodzenia:

PESEL Telefon kontaktowy

Nazwa oddziału/ poradni:	Okres pobytu	
.....	od:	do:
.....	od:	do:
.....	od:	do:
.....	od:	do:
.....	od:	do:
.....	od:	do:

2. Dane wnioskodawcy: (jeśli inne niż w pkt 1)

Imię i nazwisko:

Data urodzenia:

PESEL Telefon kontaktowy

3. Proszę o wydanie dokumentacji medycznej:

- własnej osoby, której jestem prawnym opiekunem innej osoby, na podstawie upoważnienia znajdującego się w dokumentacji

4. Odbiór dokumentacji medycznej:

- osobisty poprzez osobę upoważnioną przez pacjenta

WYPEŁNIA PRACOWNIK WOTUiW w Toruniu

5. Dane osoby upoważnionej do odbioru dokumentacji medycznej:

osobiście

osoba upoważniona w dokumentacji

inna osoba na podstawie przedstawionego upoważnienia

Imię i nazwisko:

.....

PESEL:

.....

Seria i numer dowodu

osobistego:

.....

Potwierdzam odbiór kopii/odpisu dokumentacji medycznej zgodnie ze złożonym wnioskiem.

.....
*(data, imię, nazwisko, podpis osoby dokonującej
odbioru dokumentacji medycznej)*

.....
*(data, imię, nazwisko, podpis osoby wydającej
dokumentację medyczną)*