

Nr kartoteki

WNIOSEK O UDOSTĘPNIENIE DOKUMENTACJI MEDYCZNEJ

Dane osoby wnioskującej o wydanie dokumentacji:

Imię i nazwisko:

PESEL:

Adres zamieszkania:

Numer telefonu kontaktowego:

Dane pacjenta, którego dokumentacja dotyczy:

(wypełnić w przypadku, gdy wnioskodawcą jest inna osoba niż pacjent)

Imię i nazwisko:

PESEL:

Wnioskuję o:

- ☐ wydanie kopii dokumentacji medycznej
- ☐ udostępnienie dokumentacji medycznej do wglądu
- ☐ wydanie oryginału dokumentacji medycznej przechowywanej co najmniej 20 lat

• nazwa oddziału:

• okres leczenia:

Wnioskowaną dokumentację:

- ☐ odbiorę osobiście
- ☐ proszę wysłać na adres:
- ☐ proszę wysłać na adres e-mail:
- ☐ odbierze osoba upoważniona:
 - imię i nazwisko:
 - numer dowodu osobistego:

Oświadczam, iż zobowiązuję się do poniesienia kosztów wykonania kopii dokumentacji medycznej, zgodnie z obowiązującymi przepisami.

.....
miejscowość, data

.....
podpis wnioskodawcy

POTWIERDZENIE ODBIORU

Potwierdzam odbiór wnioskowanej dokumentacji.

.....
data i podpis osoby odbierającej dokumentację