

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:

.....

Wnioskuje o:

- ☐ wydanie kserokopii dokumentacji medycznej
- ☐ udostępnienie dokumentacji medycznej do wglądu

Rodzaj dokumentacji medycznej:

- nazwa / poradni / pracowni:

.....

- okres leczenia:

.....

Wnioskowaną
dokumentację:

- ☐ odbiorę osobiście

☐ odbierze osoba upoważniona:

☐ imię i nazwisko:

.....

☐ numer dowodu osobistego:

.....

Wrocław, data

.....
podpis wnioskodawcy

Potwierdzenie Odbioru:

Data i podpis osoby odbierającej dokumentację

.....

Podpis pracownika: