

Wniosek o wydanie dokumentacji medycznej

DANE PACJENTA

Data i miejscowość

Imię i Nazwisko Pacjenta

Nazwisko panieńskie /w przypadku prośby o oryginał dokumentacji medycznej/

Nr PESEL / Data urodzenia

Imię i Nazwisko Rodzica / Opiekuna Prawnego w przypadku dzieci poniżej 18 r.ż. oraz osób ubezwłasnowolnionych**

Numer dokumentu tożsamości ze zdjęciem Pacjenta / Rodzica / Opiekuna Prawnego*

Adres zamieszkania

Telefon kontaktowy

KOPIA

Prośba o wydanie dokumentacji medycznej:

kopia dokumentacji medycznej (całość dokumentacji medycznej)

kopia dokumentacji medycznej

Wybrani specjaliści:

Okres od – do:

inne

Data i czytelny podpis osoby składającej wniosek

Data i czytelny podpis osoby przyjmującej wniosek

ORYGINAŁ

Prośba o wydanie oryginału dokumentacji medycznej za pokwitowaniem odbioru i z zastrzeżeniem zwrotu po wykorzystaniu:

Rodzaj dokumentacji

Deklarowana data zwrotu dokumentacji medycznej

Data i czytelny podpis osoby składającej wniosek

Data i czytelny podpis osoby przyjmującej wniosek

Podstawa prawna: Dz.U. z 2009r nr 52, poz. 417 z późniejszymi zm.

* zaznaczyć właściwe

** jeśli dotyczy

Ma