

Obowiązuje od: 17-12-2012

Zatwierdził: Dyrektor Medyczny - Członek Zarządu

.....
Data i miejscowość

Wniosek o wydanie dokumentacji medycznej

Dane Pacjenta :

.....
Imię i Nazwisko Pacjenta

.....
Nr PESEL / Data urodzenia

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

.....
Nr dokumentu tożsamości ze zdjęciem Pacjenta / Rodzica / Opiekuna prawnego*

.....
Nr ID / Firma

.....
Adres zamieszkania

.....
Telefon kontaktowy

Prośba o wydanie dokumentacji medycznej * :

- kopia dokumentacji medycznej (całość dok. medycznej)
 - kopia dokumentacji medycznej (wybrani specjaliści)
 - wyciągi / odpisy
-

.....
Data i podpis osoby przyjmującej
wniosek

.....
Data i podpis osoby składającej
wniosek

* zaznaczyć właściwe

** jeśli dotyczy

Podstawa Prawna: Dz. U. z 2009r. Nr 52, poz.417, ze zm