



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 kopii dokumentacji medycznej
- udostępnienie dokumentacji medycznej do wglądu

Rodzaj dokumentacji medycznej:

- zakres: fizjoterapia domowa / pielęgniarska opieka długoterminowa
- placówka:
- okres leczenia:

Wnioskowaną dokumentację:

- odbiorę osobiście
- proszę wysłać na adres:
- odbierze osoba upoważniona:
 - imię i nazwisko:
 - numer dowodu osobistego / PESEL:

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

.....
Miejscowość, data

.....
Podpis wnioskodawcy

Potwierdzenie wpływu:

Data:

Uzgodniony termin odbioru / wysyłki / udostępnienia do wglądu:.....

Podpis pracownika: