

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 za okres

Wnioskowaną dokumentację:

- ☐ odbiorę osobiście

- ☐ odbierze osoba upoważniona:

– imię i nazwisko:

– numer dowodu osobistego:

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

.....
miejscowość, data

.....
podpis wnioskodawcy

POTWIERDZENIE odbioru:

Data:

Podpis odbierającego

Naliczono opłaty w wysokości:

.....
data i podpis pracownika wydającego dokumentację