

Warszawa, dn.

WNIOSEK O WYDANIE DOKUMENTACJI MEDYCZNEJ

DANE WNIOSKODAWCY:

Imię i Nazwisko

PESEL/Data urodzenia

Adres zamieszkania

Telefon/Inne dane kontaktowe

Wnioskodawca jest (właściwie zaznaczyć):

Pacjentem

Osobą upoważnioną przez Pacjenta

Przedstawicielem ustawowym/opiekunem prawnym (Niniejszym oświadczam, że jestem przedstawicielem ustawowym/opiekunem prawnym Pacjenta i posiadam prawo do jego dokumentacji medycznej)

Ja niżej podpisany/a, zwracam się z prośbą o dokumentację medyczną pacjenta:

.....
(Imię, nazwisko i PESEL/Data urodzenia Pacjenta)

Określenie rodzaju dokumentacji medycznej i okres:

.....

Poprzez: o wydanie kopii dokumentacji medycznej
 o wydanie w innej formie:

Dokumentację medyczną odbiorę: o osobiście
 o upoważniam inną osobę

.....
(Imię, nazwisko i PESEL/Data urodzenia)

o inna forma

Dokumentację medyczną wydajemy niezwłocznie. W przypadku nie odebrania kopii przygotowanie dokumentacji medycznej w ciągu 30 dni od jej przygotowania, kopia może zostać zniszczona.

.....
Podpis osoby przyjmującej wniosek

.....
Podpis Wnioskodawcy

UZUPEŁNIA PODMIOT LECZNICZY

Dokumentacją została wydana w dniu

1. wnioskodawcy

2. osobie trzeciej

(Imię, nazwisko i nr dokumentu tożsamości)

3. inne

.....
Podpis osoby wydającej dokumentację