

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 kserokopii dokumentacji medycznej

Rodzaj dokumentacji medycznej:

- nazwa poradni
- okres leczenia:

Wnioskowaną dokumentację (zaznacz tylko jedną opcję):

- odbiorę osobiście
- proszę o przesłanie na adres e-mail:
- odbierze osoba upoważniona:
(imię i nazwisko)

.....
data i podpis wnioskodawcy (elektroniczny)

POTWIERDZENIE WPŁYWU:

Data:

Uzgodniony termin odbioru:

Podpis pracownika:

POTWIERDZENIE WYDANIA DOKUMENTACJI

Dokumentacja:

- odebrana osobiście przez pacjenta,
 odebrana przez osobę upoważnioną przez pacjenta.

POTWIERDZENIE ODBIORU:

Tożsamość osoby odbierającej potwierdzona na podstawie:
rodzaj i numer dokumentu

Potwierdzam odbiór wnioskowanej dokumentacji.

.....
podpis osoby odbierającej dokumentację

.....
data i podpis pracownika wydającego dokumentację