WNIOSEK
O WYDANIE DOKUMENTACJI MEDYCZNEJ

Imię i nazwisko pacjenta ........................................................................................

Pesel/Data urodzenia...............................................................................................
Imię i nazwisko Rodzica / Opiekuna prawnego w przypadku dzieci poniżej 18r.ż. oraz osób ubezwłasnowolnionych (*jeżeli dotyczy*) ....................................... ......................………...............................................................................................

Nr dokumentu tożsamości ze zdjęciem Pacjenta / Rodzica / Opiekuna prawnego (*skreślić niepotrzebne*) ............................................................................................
Adres zameldowania...............................................................................................

Telefon kontaktowy.................................................................................................

Proszę o wydanie kserokopii:

□ całej dokumentacji medycznej

□ dokumentacji medycznej od danego specjalisty.................................................
 (imię, nazwisko specjalisty)

Dokumentację medyczną odbiorę:

□ osobiście

□ upoważniam .......................................................................................................

 (imię, nazwisko, nr dowodu osobistego)

□ proszę przesłać na adres: ...............................................................................................................................

............................... ....................................

 Data, podpis osoby Data, podpis wnioskodawcy
 przyjmującej wniosek

 Podstawa Prawna: Ustawa o prawach pacjenta i Rzeczniku praw Pacjenta (Dz. U. z 2012 r. Nr 159, z późn. zm.)

Kserokopię dokumentacji medycznej otrzymałem/otrzymałam

w dniu ……….……………...................................

 podpis pacjenta