Centrum Dobrej Terapii

ul. Miłkowskiego 9/U3

30-349 Kraków

Kraków, dnia ..................................

# WNIOSEK O WYDANIE DOKUMENTACJI MEDYCZNEJ

**DANE PACJENTA, KTÓREGO DOTYCZY DOKUMENTACJA***(drukowanymi literami)*

Imię i Nazwisko: .......................................................................................................................................................

PESEL ………………..……....................................................................................................................................

Dane kontaktowe: ………………………………………………………………………………………………….

**DANE OSOBY WNIOSKUJĄCEJ UPOWAŻNIONEJ** przez pacjenta na podst. art.26, art.27 Ustawy o prawach pacjenta i Rzeczniku Praw Pacjenta

Imię i Nazwisko: .......................................................................................................................................................

PESEL ………………..……....................................................................................................................................

Dane kontaktowe: ………………………………………………………………………………………………….

**PROSZĘ O SPORZĄDZENIE I WYDANIE KOPII**(zaznaczyć właściwe)

* całej dokumentacji medycznej
* dokumentacji medycznej od danego specjalisty / -ów ……………………………………………………….
* dokumentacji medycznej w zakresie od………………………..………do…………………………………..

**DOKUMETACJĘ MEDYCZNĄ**(zaznaczyć właściwe)

* odbiorę osobiście
* odbierze osoba upoważniona przez pacjenta na podst. art.26, art.27 Ustawy o prawach pacjenta i Rzeczniku Praw Pacjenta
* proszę dostarczyć w następujący sposób: ……………………………………………………………………………………………………………….

**UPOWAŻNIAM DO ODBIORU DOKUMENTACJI MEDYCZNEJ PANIĄ / PANA:**

Imię i Nazwisko: .......................................................................................................................................................

PESEL ………………..……....................................................................................................................................

…………………………………………………... ………………………………………………...

*data i podpis osoby przyjmującej wniosek czytelny podpis wnioskodawcy*

* Podst. prawna: Ustawa o prawach pacjenta i Rzeczniku Praw Pacjenta

**KOPIĘ DOKUMENTACJI MEDYCZNEJ ODEBRAŁEM / -AM W DNIU………………………………**

…………………………………………………..

*czytelny podpis osoby odbierającej*