

....., dnia

Kierownik
NZOZ „Przychodnia Rodzinna”
ul. Słowackiego 20A
87-700 ALEKSANDRÓW KUJAWSKI

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 oryginału dokumentacji medycznej
- wydanie kserokopii dokumentacji medycznej
- wydanie wyciągu dokumentacji medycznej
- wydanie odpisu dokumentacji medycznej
- sporządzenie i wydanie kopii dokumentacji medycznej na płycie CD
- udostępnienie dokumentacji medycznej do wglądu

Rodzaj dokumentacji medycznej:

-

- wysłana pocztą na wskazany adres w dniu:
- odebrana osobiście przez pacjenta,
- odebrana przez osobę upoważnioną przez pacjenta:
 - upoważnienie w dokumentacji medycznej,
 - upoważnienie w niniejszym wniosku,
 - odrębne pisemne upoważnienie (załączone do wniosku).

Naliczono opłaty w wysokości:

.....
data i podpis pracownika wydającego dokumentację

POTWIERDZENIE ODBIORU:

Potwierdzam odbiór wnioskowanej dokumentacji.

.....
data i podpis osoby odbierającej dokumentację

Tożsamość osoby odbierającej potwierdzona na podstawie:

.....

.....

(rodzaj i numer dokumentu)

.....
data i podpis pracownika wydającego dokumentację