

ZAKŁAD OPIEKI ZDROWOTNEJ W ŁASKARZEWIE

ul. Duży Rynek 32

Łaskarzew , dnia

Wnioskodawca:

Imię i Nazwisko

PESEL

Telefon kontaktowy.....

WNIOSEK O UDOSTĘPNIENIE DOKUMENTACJI MEDYCZNEJ

Proszę o udostępnienie dokumentacji medycznej pacjenta:

Imię i Nazwisko pacjenta.....

Adres zamieszkania.....

PESEL.....

Dokumentacja dotyczy leczenia z poradni.....za okres.....

Rodzaj dokumentacji medycznej (np. historia choroby, wyniki badań-podać jakie).

.....

.....

Poprzez: (zaznaczyć właściwe)

* umożliwienie wglądu do dokumentacji w siedzibie placówki

* wydanie kopii dokumentacji medycznej

* nośniku danych

* wydanie w innej formie (wyciągu, odpisu itp.)

Dokumentację medyczną odbiorę : (zaznaczyć właściwe)

* osobiście

*przez osobę upoważnioną.....

(Imię i Nazwisko , nr dokumentu tożsamości)

Potwierdzenie wydania wniosku

Potwierdzam wydanie dokumentacji medycznej, Potwierdzam odbiór dokumentacji na podstawie dokumentu tożsamości.

.....

data i podpis osoby wydającej dokumentację data i podpis wnioskodawcy

wniosek został utworzony w oparciu o obowiązujące przepisy prawa.

Łaskarzew , dnia

Upoważnienie

do odbioru dokumentacji medycznej

Imię i Nazwisko

PESEL.....

Upoważniam Pana/ią

legitymującego/ą się dokumentem tożsamości nr

do odbioru mojej dokumentacji medycznej , o której udostępnienie złożyłem wniosek w dniu

.....

data i podpis osoby przyjmującej upoważnienie data i czytelny podpis