

WNIOSEK O WYDANIE DOKUMENTACJI MEDYCZNEJ

Dane Pacjenta:

.....
Imię i Nazwisko Pacjenta

.....
Nr PESEL / Data urodzenia

.....
Imię i nazwisko Rodzica / Opiekuna prawnego w przypadku dzieci poniżej 18r.ż. oraz osób ubezwłasnowolnionych**

.....
Nr dokumentu tożsamości ze zdjęciem Pacjenta / Rodzica / Opiekuna prawnego*

.....
Nr ID / Firma

.....
Adres zamieszkania

.....
Telefon kontaktowy

Prośba o wydanie dokumentacji medycznej*:

- kopia dokumentacji medycznej (całość dok. medycznej)
- kopia dokumentacji medycznej (wybrani specjaliści)
- wyciągi / odpisy
-

.....
Data i podpis osoby przyjmującej wniosek

.....
Data i podpis osoby składającej wniosek

* zaznaczyć właściwe

** jeśli dotyczy

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

Status: o ograniczonym dostępie.