

.....
Data i miejscowość

WNIOSEK O UDOSTĘPNIENIE DOKUMENTACJI MEDYCZNEJ

Imię i nazwisko Pacjenta:

nr PESEL / data urodzenia:

*w przypadku, gdy osobą składającą wniosek jest osoba inna niż Pacjent (osoba upoważniona lub opiekun):

Imię i nazwisko:

Nr PESEL / data urodzenia:

Zakres dokumentacji:

- całość
- wybrany zakres:

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

(proszę podać dodatkowe informacje, np. daty, wybranych specjalistów)

Forma odbioru:

- odbiór osobisty w placówce
 - wersja elektroniczna*
- (adres e-mail)

* Pliki zostaną zaszyfrowane. Numer telefonu do przekazania hasła:

.....

Oświadczam, że zostałem/am poinformowany/a o kosztach udostępnienia dokumentacji medycznej.

.....
podpis Pacjenta