

NZOZ „Medycyna Rodzinna”

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:

Wnioskuję o:

☐ **wydanie kopii dokumentacji medycznej**

Rodzaj dokumentacji medycznej:

- nazwa podmiotu leczniczego: NZOZ „Medycyna Rodzinna”
- okres leczenia:

Wnioskowaną dokumentację:

☐ odbiorę osobiście

☐ odbierze osoba upoważniona:

– imię i nazwisko:

– numer dowodu osobistego:

POTWIERDZENIE WPŁYWU:

Data:

Uzgodniony termin odbioru:

Podpis pracownika:

PODPIS PACJENTA: