ZAKŁAD OPIEKI ZDROWOTNEJ W GÓRZNIE

SPÓŁKA Z OGRANICZONĄ ODPOWIEDZIALNOŚCIĄ
ul. Kard. Stefana Wyszyńskiego 6, 08-404 Górzno

Garwolin , 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)
- proszę przesłać na adres …….……

…… ….……
data i podpis osoby przyjmującej wniosek — data i podpis wnioskodawcy

Potwierdzenie wydania wniosku

Potwierdzam wydanie dokumentacji medycznej, na podstawie dokumentu tożsamości.

Potwierdzam odbiór dokumentacji medycznej

……..... ……....
data i podpis osoby wydającej dokumentację — data i podpis wnioskodawcy

wniosek został utworzony w oparciu o obowiązujące przepisy prawa.

Garwolin , 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