

WNIOSEK O WYDANIE DOKUMENTACJI MEDYCZNEJ
nr/202...

1. WNIOSKODAWCA:

Imię i nazwisko

Adres zamieszkania:

PESEL,.....

Proszę o wydanie kopii/odpisu/wyciągu/oryginału dokumentacji medycznej.

Proszę wypełnić tylko wówczas, gdy wniosek składa inna osoba niż pacjent, którego dotyczy dokumentacja:

DANE PACJENTA, KTÓREGO DOTYCZY WNIOSEK:

Imię i nazwisko

Adres zamieszkania:

PESEL.....

TYTULPRAWNY DO UZYSKANIA DOKUMENTACJI:

- wniosek składa pacjent, którego dokumentacja dotyczy
- wniosek składa przedstawiciel ustawowy pacjenta
- wnioskodawca upoważniony przez pacjenta

DOKUMENTACJA DOTYCZY LECZENIA:

W poradni:

W okresie

.....
data i podpis wnioskodawcy

.....
data i podpis osoby przyjmującej wniosek

Dokumentację medyczną wydano dnia

Panu/ i.....

na podstawie :.....

:seria i nr dowodu tożsamości:

.....
data i podpis
osoby odbierającej dokumentację

.....
data i podpis
osoby wydającej dokumentację

DECYZJA DYREKTORA SPG ZOZ W RYBNIE nr/D/202...

Wyrażam/ nie wyrażam* zgody na wydanie kopii/ odpisu/ wypisu/ oryginału* dokumentacji medycznej Panu/Pani*,.....

Powód odmowy wydania dokumentacji medycznej :

.....

.....

.....

.....

Podpis dyrektora lub osoby przez niego

Upoważnionej