Sochaczew, ……. roku

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*

……
Adres zamieszkania

……..
Telefon kontaktowy

Proszę o wydanie kopii dokumentacji medycznej * :

□ kopia całej dokumentacji medycznej (wszystkie poradnie)

□ kopia dokumentacji medycznej z wybranej poradni: ……..

Za okres: od ……..do ……..

Osoba wnioskująca (jeśli inna niż pacjent osobiście)**:

…… ……..
Imię i Nazwisko osoby upoważnionej Nr PESEL / Data urodzenia

…… ……
Nr dokumentu tożsamości ze zdjęciem Adres zamieszkania

……
Data i podpis osoby składającej wniosek

……..
Data i podpis osoby przyjmującej wniosek

Potwierdzenie odbioru:
Potwierdzam odbiór dokumentacji medycznej - …….. stron

……
Data i podpis osoby odbierającej kserokopię dokumentacji

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