

WNIOSEK O UDOSTĘPNIENIE DOKUMENTACJI MEDYCZNEJ * z pobytu w Szpitalu

BARDZO PROSIMY WYPEŁNIĆ ELEKTRONICZNIE LUB DRUKOWANYMI LITERAMI

DANE WNIOSKODAWCY

NAZWISKO

IMIĘ

ADRES
ZAMIESZKANIA

PESEL

TELEFON
KONTAKTOWY

DANE PACJENTA

(należy wypełnić tylko wtedy, gdy dokumentacja medyczna nie dotyczy wnioskodawcy)

NAZWISKO

IMIĘ

ADRES
ZAMIESZKANIA

PESEL

TELEFON
KONTAKTOWY

Wnoszę o udostępnienie dokumentacji medycznej w formie*:

kopii całości dokumentacji

kopii części dokumentacji w poniższym zakresie:

odpisu/wyciągu

wglądu do dokumentacji w siedzibie Szpitala

Dokumentacja medyczna dotyczy okresu:

Dokumentację medyczną:

odbiorę osobiście

odbierze upoważniona osoba, wskazana w dokumentacji medycznej

odbierze osoba upoważniona, której upoważnienie załączam do wniosku

Zostałam/-em poinformowana/y:

- że wniosek zostanie zrealizowany bez zbędnej zwłoki w terminie do 30 dni od daty doręczenia do CMŻ
- że termin realizacji wniosku o wgląd do dokumentacji ustalany jest indywidualnie

data i czytelny (własnoręczny) podpis wnioskodawcy

data przyjęcia i czytelny podpis przyjmującego wniosek