

WNIOSEK PACJENTA O WYDANIE DOKUMENTACJI MEDYCZNEJ

Z dnia.....

N.Z.O.Z. Praktyka Lekarza Rodzinnego
Liliana Klebowska Kaczmarek
"MED-FAMILIA"
60-681 Poznań, Os. B. Chrobrego 118
TEL: 061 828 30 40
NIP 782-154-23-61, Reg. 631231001
ID:30-01694-001

Dane pacjenta:

Imię i nazwisko.....

PESEL.....Adres:.....

Ja niżej podpisany(a) legitymujący(a) się dowodem osobistym Nr.....

Zwracam się z prośbą o wydanie

Kopii/odpisu/ wyciągu/nośnika elektronicznego za okres od.....do.....

dokumentacji medycznej mojej historii choroby/historii choroby mojego dziecka/karty szczepień dziecka:

.....

Imię i nazwisko dziecka

Znajdującej się w posiadaniu:

.....

Dane Firmy

Oraz upoważniam/ nie upoważniam nikogo:

.....

Imię i nazwisko osoby upoważnionej Nr dowodu osobistego

Do wglądu do w/w dokumentacji

.....
Data i czytelny podpis osoby przyjmującej wniosek

.....
Data i czytelny podpis osoby składającej wniosek

Zobowiązuję się pokryć koszty udostępnienia dokumentacji medycznej zgodnie z Rozporządzeniem Ministra Zdrowia:
DOKUMENTACJĘ DO WGLĄDU UDOSTĘPNIONO DNIA.....

.....
Data i podpis osoby udostępniającej dokumentację

.....
Data i czytelny podpis osoby oglądającej dokumentację