

Pilchowice, dn.

.....
(pieczętka zakładu)

Wniosek o wydanie/wgląd do dokumentacji medycznej

Ja, niżej

podpisany/a.....

(imię i nazwiska pacjenta)

PESEL:

zamieszkały/a w

(Adres)

telefon kontaktowy:

legitymujący się dokumentem tożsamości:

- dowód osobisty seria..... nr.....
- inny dokument *:

zwracam się z prośbą o wydanie**:

- całości** dokumentacji medycznej
- określonego rodzaju** dokumentacji medycznej

dotyczącej:

- mojego pobytu w tutejszym Szpitalu w okresie:.....
- udzielonych porad ambulatoryjnych

poprzez **

- umożliwienie **wglądu** do dokumentacji na terenie Szpitala
- wydanie **kopii** dokumentacji medycznej
- wydanie **innej formy** dokumentacji medycznej

(proszę określić formę tj. wyciąg, odpis, oryginał)

.....

Data i podpis pacjenta

Legenda: * dokument ze zdjęciem

** właściwe zakreślić

Pokwitowanie odbioru/wglądu do dokumentacji medycznej

Dane osoby / instytucji odbierającej:

.....
(Imię i nazwisko / Nazwa instytucji)
.....
.....
.....

(Rodzaj i nr dowodu potwierdzającego tożsamości)

Otrzymałem dokumentację medyczną pacjenta,
dotyczącą:

- Hospitalizacji, nr KG, za okres, *
- Leczenia w Poradni, za okres, *

co potwierdzam własnoręcznym podpisem.

.....
podpis wnioskodawcy/ osoby upoważnionej

Potwierdzam wydanie/udostępnienie do wglądu w/w dokumentacji medycznej

.....
Imię i nazwisko osoby wydającej dokumentację

Legenda: właściwe zaznaczyć