WNIOSEK O UDOSTĘPNIENIE DOKUMENTACJI MEDYCZNEJ

WNIOSKODAWCA

Imię i nazwisko.....PESEL.....

adres.....

P**roszę o udostępnienie dokumentacji medycznej** *(proszę zaznaczyć X w rubryce)*

□ do wglądu w siedzibie Centrum Medycznego SYBERKA
□ wydanie kserokopii
□ wydanie odpisu

DANE PACJENTA, KTÓREGO DOTYCZY WNIOSEK
(proszę wypełnić tylko w przypadku, gdy wniosek składa inna osoba niż pacjent, którego dotyczy dokumentacja)

Imię i nazwisko.....PESEL.....

adres .....

TYTUŁ PRAWNY DO UZYSKANIA DOKUMENTACJI *(proszę zaznaczyć X w rubryce)*
□ wniosek składa pacjent, którego dokumentacja dotyczy
□ wniosek składa przedstawiciel ustawowy pacjenta
□ wnioskodawca posiada upoważnienie pacjenta

RODZAJ DOKUMENTACJI MEDYCZNEJ

Nazwa poradni/pracowni:.....

w okresie od..... do.....

SPOSÓB ODBIORU DOKUMENTACJI
□ osobiście □ przez osobę upoważnioną w siedzibie Centrum Medycznym SYBERKA

.....
data i podpis wnioskodawcy

POTWIERDZENIE WYDANIA DOKUMENTACJI

Potwierdzam odbiór dokumentacji medycznej

….....

data i podpis osoby odbierającej

Potwierdzam tożsamość osoby odbierającej

….....
podpis osoby wydającej