

Zambrów ,dnia

Imię i nazwisko Wnioskodawcy:

PESEL:

Adres zamieszkania:.....

Nr tel. do kontaktu:

Wniosek o udostępnienie dokumentacji medycznej

1. Dokumentacja dotyczy¹:

Imię i nazwisko

Adres zamieszkania:

Nr PESEL

2. Wnioskuje o udostępnienie dokumentacji medycznej z leczenia w

.....

.....

(nazwa podmiotu leczniczego, datę pobytu, lub okres z jakiego dokumentacja ma być udostępnia)

3. Udostępnienie dokumentacji obejmuje

.....

.....

(należy wskazać rodzaj dokumentacji medycznej np. historia choroby, wyniki badań)

4. Wnioskuje o sporządzenie²

kopii dokumentacji;

wyciągu dokumentacji medycznej;

odpisów dokumentacji medycznej

5. Udostępnienie dokumentacji jest:*

w celu dalszego leczenia w innym podmiocie leczniczym;

w innym celu niezwiązanym z dalszym leczeniem.

6. Dokumentację wymienioną w pkt. 4:*

odbiorę osobiście;

proszę przesłać za zwrotnym potwierdzeniem odbioru na adres³:

.....

.....

.....
(podpis wnioskodawcy)

¹ Wypełnić w przypadku gdy wnioskodawca wnioskuje o udostępnienie dokumentacji jako przedstawiciel ustawowy pacjenta lub z upoważnienia pacjenta.

² Zaznaczyć X we właściwym miejscu.

³ Składający wniosek zobowiązuje się do pokrycia kosztów przesyłki pocztowej.