

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

Wnioskuję o udostępnienie dokumentacji medycznej w formie*:

kopii całości dokumentacji

WRAZ Z WYNIKAMI BADAŃ LABORATORYJNYCH

BEZ WYNIKÓW BADAŃ LABORATORYJNYCH

WRAZ Z WYNIKAMI BADAŃ OBRAZOWYCH

BEZ WYNIKÓW BADAŃ OBRAZOWYCH

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 (własnoręczny) czytelny podpis wnioskodawcy

data przyjęcia i czytelny podpis przyjmującego wniosek