



Dane Pacjenta

Imię i nazwisko:

Numer telefonu:

PESEL:

--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--

Adres zamieszkania:

.....

WNIOSEK O UDOSTĘPNIENIE DOKUMENTACJI MEDYCZNEJ

Zwracam się z prośbą o wydanie kserokopii dokumentacji medycznej z:

.....
(jednostka szpitala, np. Oddział, Poradnia, Pracownia, Zespół Ratownictwa Medycznego, Transport Sanitarny)

Zakres żądanych informacji:

<input type="checkbox"/> Kartoteka POZ	<input type="checkbox"/> Kartoteka z Poradni specjalistycznej
<input type="checkbox"/> Karta informacyjna leczenia szpitalnego	<input type="checkbox"/> Historia choroby
<input type="checkbox"/> Karta szczepień	<input type="checkbox"/> Karta wyjazdu
<input type="checkbox"/> Inne: _____	

Okres leczenia/zdarzenia medycznego:

data początkowa - data końcowa

Sposób odbioru dokumentacji:

<input type="checkbox"/> Odbiór osobisty	
<input type="checkbox"/> Przesłanie drogą elektroniczną na adres e-mail:	_____
<input type="checkbox"/> Upoważniam do odbioru Pana/Panią,	_____

imię i nazwisko

legitymującym się _____

rodzaj dokumentu tożsamości, seria i numer

lub numerem PESEL

--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--

.....
data, czytelny podpis wnioskującego

Potwierdzenie odbioru

.....
podpis pracownika potwierdzającego dane osoby odbierającej

.....
data, czytelny podpis wnioskującego/upoważnionego