



"Sanus" Sp. z o.o.

Niepubliczny Zakład Opieki Zdrowotnej "Zdrowie"

ul. Dobra 3 LU9, 08-400 Garwolin

Garwolin , dnia

Wnioskodawca:

Imię i Nazwisko

PESEL

Telefon kontaktowy.....

WNIOSEK O UDOSTĘPNIENIE DOKUMENTACJI MEDYCZNEJ

Proszę o udostępnienie dokumentacji medycznej pacjenta:

Imię i Nazwisko pacjenta.....

Adres zamieszkania.....

PESEL.....

Dokumentacja dotyczy leczenia z poradni.....za okres.....

Rodzaj dokumentacji medycznej (np. historia choroby, wyniki badań-podać jakie).

.....
.....

Poprzez: (zaznaczyć właściwe)

- umożliwienie wglądu do dokumentacji w siedzibie placówki
- wydanie kopii dokumentacji medycznej
- nośniku danych
- wydanie w innej formie (wyciągu, odpisu itp.)

Dokumentację medyczną odbiorę : (zaznaczyć właściwe)

- osobiście
- przez osobę upoważnioną.....
(Imię i Nazwisko , nr dokumentu tożsamości)
- proszę przesłać na adres

.....
data i podpis osoby przyjmującej wniosek

.....
data i podpis wnioskodawcy

Potwierdzenie wydania wniosku

Potwierdzam wydanie dokumentacji medycznej,
na podstawie dokumentu tożsamości.

.....
data i podpis osoby wydającej dokumentację

Potwierdzam odbiór dokumentacji
medycznej

.....
data i podpis wnioskodawcy

wniosek został utworzony w oparciu o obowiązujące przepisy prawa.

Garwolin , dnia

**Upoważnienie
do odbioru dokumentacji medycznej**

Imię i Nazwisko

PESEL.....

Upoważniam Pana/ią
legitymującego/ą się dokumentem tożsamości nr
do odbioru mojej dokumentacji medycznej , o której udostępnienie złożyłem wniosek w dniu
.....

.....
data i podpis osoby przyjmującej upoważnienie

.....
data i czytelny podpis