

Laskowa, , dn.

.....
Nazwisko i imi wnioskodawcy

.....
Adres wnioskodawcy

.....
Dowód to samo ci wnioskodawcy

SAMODZIELNY PUBLICZNY ZAKŁAD OPIEKI ZDROWOTNEJ
34-602 Laskowa, nr 428

Wniosek o udostępnienie dokumentacji medycznej

Zwracam się z prośbą o wydanie kopii dokumentacji medycznej:

1. Pacjenta:
Nazwisko i imi
.....
Adres zamieszkania
.....
PESEL

sporządzonej w tutejszej placówce.

2. Dokumentacja dotyczy leczenia we wszystkich poradniach placówki.
.....

3. Dokumentacja dotyczy leczenia realizowanego przez wszystkich lekarzy.
.....

4. Rodzaj dokumentacji medycznej:
.....

5. Za okres:
od do

6. Forma odbioru dokumentacji:

Odbiór:

osobisty

przez osobę upoważnioną
Nazwisko i imi, dowód to samo ci

.....
Data i podpis osoby przyjmującej wniosek

.....
Czytelny podpis wnioskodawcy