WNIOSEK PACJENTA O WYDANIE KOPII DOKUMENTACJI MEDYCZNEJ

z dnia.....

Dane wnioskodawcy:

Imię.....

Nazwisko .....

PESEL.....

Ulica/ nr domu/nr lokalu.....

Kod pocztowy, miejscowość.....

Ja, niżej podpisany (-a), legitymujący (-a) się dowodem osobistym nr.....
zwracam się z prośbą o sporządzenie i wydanie kopii dokumentacji medycznej
mojej historii choroby/ historii choroby dziecka/ karty szczepień dziecka*)

.....

(imię i nazwisko dziecka, PESEL)

Znajdującej się w Państwa posiadaniu oraz upoważniam / nie upoważniam nikogo*

.....

(imię i nazwisko)

Legitymującego (-ą) się dowodem osobistym nr.....
wydanym przez.....
do odbioru w/w dokumentacji.

.....

(data i czytelny podpis osoby przyjmującej wniosek) (data i czytelny podpis osoby składającej wniosek)

.....

(data i czytelny podpis osoby sporządzającej kopię dokumentacji medycznej)

POTWIERDZENIE ODBIORU KOPII DOKUMENTACJI MEDYCZNEJ

Ja, niżej podpisany(-a) legitymując się dowodem osobistym nr .....
Potwierdzam odbiór kopii dokumentacji medycznej.

.....

(data i czytelny podpis osoby udostepniającej dokumentację) (data i czytelny podpis osoby odbierającej dokumentację)

*) niepotrzebne skreślić