

Sieradz, dnia

.....
Liczba porządkowa
zgodna z rejestrem udostępnienia dokumentacji

„ZDROWIE” Sp. z o. o. w Sieradzu

Wniosek o udostępnienie dokumentacji medycznej

Wnoszę o udostępnienie mi dokumentacji medycznej dotyczącej pacjenta:

Imię i nazwisko

Nazwisko rodowe:.....

PESEL

Adres

w zakresie:

- całej dokumentacji medycznej.....
- dokumentacji medycznej dotyczącej okresu:
- wybranych dokumentów znajdujących się w dokumentacji medycznej, tj:
 - 1)
 - 2)
 - 3)

w celu

Proszę o udostępnienie dokumentacji medycznej w następującej formie:

- wgląd do dokumentacji medycznej
- wydanie kserokopii medycznej lub wydruku z dokumentacji elektronicznej
- wydanie wyciągu lub odpisu dokumentacji medycznej
- inna forma

.....
Czytelny podpis osoby przyjmującej wniosek

.....
Czytelny podpis pacjenta lub osoby upoważnionej

Dokumentację w podanym zakresie udostępniono po raz: pierwszy / kolejny*

w dniu

w następujący sposób

.....
Czytelny podpis osoby udostępniającej dokumentację

.....
Czytelny podpis pacjenta lub osoby upoważnionej

właściwe zaznaczyć
*niepotrzebne skreślić