

BARDZO PROSIMY WYPEŁNIĆ ELEKTRONICZNIE LUB DRUKOWANYMI LITERAMI

DANE WNIOSKODAWCY

NAZWISKO		IMIĘ	
PESEL		TELEFON KONTAKTOWY	

DANE PACJENTA

(należy wypełnić tylko wtedy, gdy dokumentacja medyczna **nie dotyczy** wnioskodawcy)

NAZWISKO		IMIĘ	
PESEL		TELEFON KONTAKTOWY	

Wnioskuję o udostępnienie dokumentacji medycznej w formie*:

- Kopii całości dokumentacji
- WRAZ Z WYNIKAMI BADAŃ LABORATORYJNYCH BEZ WYNIKÓW BADAŃ LABORATORYJNYCH
- WRAZ Z WYNIKAMI BADAŃ OBRAZOWYCH BEZ WYNIKÓW BADAŃ OBRAZOWYCH

Kopii części dokumentacji w poniższym zakresie:

- Odpisu/wyciągu
- Wglądu do dokumentacji w siedzibie Szpitala

Dokumentacja medyczna dotyczy okresu:

Dokumentację medyczną:

- Odbiorę osobiście
- Odbierze upoważniona osoba, wskazana w dokumentacji medycznej
- Odbierze osoba upoważniona, której upoważnienie załączam do wniosku

Zostałam/-em poinformowana/y:

- że wniosek zostanie zrealizowany bez zbędnej zwłoki w terminie do 30 dni od daty doręczenia do CMŻ
- że termin realizacji wniosku o wgląd do dokumentacji ustalany jest indywidualnie

data i czytelny (własnoręczny) podpis wnioskodawcy

data przyjęcia i czytelny podpis przyjmującego wniosek