

WNIOSEK O WYDANIE DOKUMENTACJI MEDYCZNEJ / PSYCHOLOGICZNEJ

DANE PACJENTA, KTÓREGO DOTYCZY DOKUMENTACJA (drukowanymi literami)

Imię i Nazwisko:

PESEL

Dane kontaktowe:

DANE OSOBY WNIOSKUJĄCEJ / UPOWAŻNIONEJ przez pacjenta na podst. art.26, art.27 Ustawy o prawach pacjenta i Rzeczniku Praw Pacjenta

Imię i Nazwisko:

PESEL

Dane kontaktowe:

PROSZĘ O SPORZĄDZENIE I WYDANIE KOPII (zaznaczyć właściwe)

- całej dokumentacji medycznej
- dokumentacji psychologicznej
- dokumentacji medycznej w zakresie od.....do.....

DOKUMENTACJĘ MEDYCZNĄ / PSYCHOLOGICZNĄ (zaznaczyć właściwe)

- odbiorę osobiście
- odbierze osoba upoważniona przez pacjenta na podst. art.26, art.27 Ustawy o prawach pacjenta i Rzeczniku Praw Pacjenta
- proszę dostarczyć w następujący sposób:

.....

UPOWAŻNIAM DO ODBIORU DOKUMENTACJI MEDYCZNEJ PANIĄ / PANA:

Imię i Nazwisko:

PESEL / seria i nr dowodu osobistego.....

.....
data i podpis osoby przyjmującej wniosek

.....
czytelny podpis wnioskodawcy

❖ Podst. prawna: Ustawa o prawach pacjenta i Rzeczniku Praw Pacjenta

POTWIERDZAM ODBIÓR KOPII DOKUMENTACJI MEDYCZNEJ / PSYCHOLOGICZNEJ

.....
Miejscowość i data oraz czytelny podpis osoby odbierającej