PODANIE O WYDANIE KOPII DOKUMENTACJI MEDYCZNEJ

…..……

Miejscowość i data

Dane pacjenta (osoby ,której dokumentacja dotyczy)

……

(imię i nazwisko, pesel)

.....

……

(adres)

Dane osoby upoważnionej przez pacjenta do uzyskania dokumentacji/przedstawiciela ustawowego:

……

(imię i nazwisko)

……

(adres)

Ja, niżej podpisany, legitymujący się dowodem osobistym, nr……,zwracam się z prośbą o wydanie dokumentacji medycznej (poniżej wpisać rodzaj dokumentacji medycznej)

……

…….

……

Podpis

……...

Czytelny podpis osoby przyjmującej podanie

……

Podpis i akceptacja Dyrekcji

Uwagi:

Kopia dokumentacji medycznej zostaje wydana na wniosek uprawnionego. Kopia sporządzona jest przez pracownika działu

……., oryginał dokumentacji pozostaje w NZOZ Centrum Diagnostyki i Terapii In Corpore.