

.....
Miejscowość i data

.....
Imię i Nazwisko

.....
PESEL

.....
Nr dowodu tożsamości

.....
Nr telefonu

Wniosek o udostępnienie dokumentacji medycznej

Proszę o udostępnienie dokumentacji medycznej:

.....
Dane Pacjenta(osoby, której dokumentacja dotyczy)

.....
(określenie rodzaju dokumentacji medycznej, okresu którego dotyczy ,nr historii choroby, inne dane)

.....
(cel wydania dokumentacji medycznej)

Poprzez:

- umożliwienie wglądu do dokumentacji w siedzibie SPZZOZ w Sierpcu,
- wydanie kopii dokumentacji medycznej,
- wydanie w innej formie (wyciągu, odpisu, kopii na nośniku elektronicznym).

Dokumentację medyczną odbiorę:

- Osobiście,
- Upoważniam.....

Imię i nazwisko, nr dokumentu tożsamości

Zobowiązuję się do pokrycia kosztów wykonania kserokopii zgodnie z cennikiem obowiązującym w SPZZOZ w Sierpcu

.....
Data i podpis wnioskodawcy