

.....
(Miejsce, data)

Osoba wnosząca:

**Osoba, której dotyczy dokumentacja medyczna
(wpisać jeżeli jest to osoba inna niż wnosząca):**

.....
(imię, nazwisko wnoszącego)

.....
(imię, nazwisko)

.....
(PESEL)

.....
(PESEL)

.....

.....

.....
(adres zamieszkania)

.....
(adres zamieszkania)

.....
(TELEFON KONTAKTOWY)

.....
(TELEFON KONTAKTOWY)

**Zespół Opieki Zdrowotnej w Oleśnie
ul. Klonowa 1
46-300 Olesno**

WNIOSEK O UDOSTĘPNIENIE DOKUMENTACJI MEDYCZNEJ

Zwracam się z prośbą o udostępnienie dokumentacji medycznej z leczenia w Zespole Opieki Zdrowotnej w Oleśnie w:

.....

.....
(nazwa oddziału szpitalnego, poradni, zakładu rehabilitacji)

w okresie

.....

.....
(data pobytu, okres korzystania ze świadczenia zdrowotnego)

Dokumentację medyczną (zaznaczyć „x” we właściwej rubryce):

- odbiorę osobiście,
- odbierze osoba upoważniona, wskazana w dokumentacji medycznej,
- odbierze osoba upoważniona, której upoważnienie załączam do wniosku.

.....
(podpis osoby wnoszącej)

Potwierdzenie odbioru dokumentacji przez pacjenta:

.....
(Podpis pacjenta)

.....
(Nr dokumentu pot. tożsamość)

.....
(Data)

.....
(Podpis pracownika wydającego)

Potwierdzenie odbioru dokumentacji przez osobę upoważnioną:

.....
(Podpis osoby upoważnionej)

.....
(Nr dokumentu pot. tożsamość)

.....
(Data)

.....
(Podpis pracownika wydającego)