

.....
(Miejsce, data)**Osoba wnioskująca:****Osoba, której dotyczy dokumentacja medyczna
(wpisać jeżeli jest to osoba inna niż wnioskująca):**.....
(imię, nazwisko wnioskującego).....
(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 – rodzaj dokumentacji, np. historia choroby, karta informacyjna, wyniki badań, inne...)

w okresie

(data pobytu, okres korzystania ze świadczenia zdrowotnego)

w formie (zaznaczyć „x” we właściwej rubryce):

- kopii
 wyciągu
 odpisu
 wydruku
 wglądu do dokumentacji medycznej w siedzibie podmiotu leczniczego

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 wnioskującej)

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)