

WNIOSEK O DOSTĘP DO DOKUMENTACJI MEDYCZNEJ

Miejscowość i data

Imię i Nazwisko PESEL /.../.../.../.../.../.../.../.../.../.../.../...

lub data urodzenianr dow. os.

Adres zamieszkania

Ja niżej podpisany, zwracam się z uprzejmą prośbą o dostęp do dokumentacji medycznej :

.....
dane pacjenta - osoby, której dokumentacja dotyczy (w przypadku pacjenta jw.)

z leczenia w SPZOZ w Radzynie Podlaskim w – *zakreślić właściwe :

* oddziale (podać jakim i kiedy ?)

* poradni specjalistycznej (podać jakim i kiedy ?)

* pracowni diagnostycznej (podać jakim i kiedy ?)

Poprzez:

* umożliwienie wglądu do dokumentacji w siedzibie Szpitala

* wydanie kopii dokumentacji medycznej

* wydanie w innej formie (np. wyciągu, odpisu itp.).....

Przygotowaną dokumentację odbiorę:

* osobiście

* przez upoważnioną osobę

Imię Nazwisko, nr dokumentu tożsamości

proszę przelać na adres:.....

Zobowiązuję się do pokrycia kosztów wykonania kserokopii dokumentacji zgodnie z cennikiem obowiązującym w Samodzielnym Publicznym Zakładzie opieki Zdrowotnej w Radzynie Podlaskim oraz pokrycia kosztów przesyłki.

Czytelny podpis wnioskodawcy.....

Data przyjęcia wniosku:

Podpis i pieczęć osoby przyjmującej: