

NR KARTY:.....



.....

Data i
miejsowość

Wniosek o wydanie oryginału dokumentacji medycznej

Dane Pacjenta

.....
Imię i Nazwisko Pacjenta

.....
Nr PESEL

.....
Imię i nazwisko Rodzica / Opiekuna prawnego *w przypadku dzieci poniżej 18r.ż. oraz osób ubezwłasnowolnionych***

.....
Nr dokumentu tożsamości ze zdjęciem Pacjenta / Rodzica / Opiekuna prawnego*

.....
Adres zamieszkania

.....
Telefon kontaktowy

Prośba o wydanie oryginału dokumentacji medycznej za pokwitowaniem odbioru i z zastrzeżeniem zwrotu po wykorzystaniu :

.....
(rodzaj dokumentacji)

.....
(data zwrotu dokumentacji medycznej)

Kwituje odbiór dokumentacji medycznej:

.....
Data i podpis osoby składającej wniosek

.....
Data i podpis osoby przyjmującej wniosek

* zaznaczyć właściwe
** jeśli dotyczy

NR KARTY:.....

Podstawa Prawna: Ustawa o prawach pacjenta i Rzeczniku praw Pacjenta (Dz.U.2016.186).