Warszawa, dnia _____

Dane Wnioskodawcy:

Imię i nazwisko:

PESEL:

Numer telefonu:

Adres email:

Wniosek o udostępnienie dokumentacji medycznej

1. Dokumentacja dotyczy[1] :

Imię i nazwisko:

PESEL:

2. Wnioskuję o udostępnienie dokumentacji medycznej z leczenia u lekarza/y:

_____

_____

(podać imię i nazwisko lekarza oraz okres za jaki ma być udostępniona dokumentacja)

3. Wnioskuję o sporządzenie dokumentacji medycznej w postaci[2]:

elektronicznej (dokumentacja zostanie wysłana na adres mailowy Wnioskodawcy)

wydruku (dokumentacja będzie do odbioru w Przychodni)

4. Udostępnienie dokumentacji jest[2]:

w celu dalszego leczenia w innym podmiocie leczniczym

[1] Wypełnić w przypadku gdy wnioskodawca wnioskuje o udostępnienie dokumentacji jako przedstawiciel ustawowy pacjenta lub z upoważnienia pacjenta
[2] Należy podkreślić właściwą opcję

w innym celu niezwiązanym z dalszym leczeniem.

(podpis Wnioskodawcy) (data i podpis osoby przyjmującej)