

Wniosek o wydanie oryginału dokumentacji medycznej

1. Dane wnioskodawcy:

Imię i nazwisko

Adres zamieszkania

Seria i numer dowodu osobistego

Nr PESEL

Nr telefonu

2. Dane osoby, której dokumentacja dotyczy:*

Imię i nazwisko

Adres zamieszkania

Nr PESEL

3. Wnoszę o wydanie oryginału dokumentacji medycznej w celu

.....
....., której zwrot nastąpi po jej wykorzystaniu, jednak nie później niż w terminie
do dnia

.....
(data i czytelny podpis wnioskodawcy)

Potwierdzenie odbioru dokumentacji medycznej

1. Dane osoby, której dokumentacja medyczna została wydana:

Imię i nazwisko

Seria i numer dowodu osobistego

Nr PESEL

.....

.....

(czytelny podpis osoby, której dokumentacja
dokumentacji)
została wydana)

(data i czytelny podpis osoby wydającej)

*wypełni w przypadku, gdy wnioskodawca jest przedstawicielem ustawowym pacjenta lub osobą upoważnioną

Podstawa prawna:

Ustawa z dnia 6.11.2008 r. o prawach pacjenta i Rzeczniku Praw Pacjenta (Dz. U.2009 Nr 52 poz. 417 ze zm.)