

Białystok, dn.

Dane osoby wnioskującej o wydanie dokumentacji:

Imię i nazwisko pacjenta

PESEL:

Adres zamieszkania:

Numer telefonu kontaktowego:

WNIOSEK O UDOSTĘPNIENIE DOKUMENTACJI MEDYCZNEJ

Wnioskuje o:

- wydanie kopii dokumentacji medycznej
- udostępnienie dokumentacji medycznej do wglądu w siedzibie placówki
- wydanie w innej formie (wyciąg, odpis)

Rodzaj dokumentacji medycznej:

- nazwa poradni:
- okres leczenia:

Wnioskowaną dokumentację:

- odbiorę osobiście
- proszę wysłać na adres:
- odbierze osoba upoważniona:
 - imię i nazwisko:
 - numer dowodu osobistego:

Oświadczam, że o daną dokumentację medyczną wnioskuję: (proszę zaznaczyć X wybrany punkt):

po raz pierwszy

kolejny raz

Oświadczam,

że zobowiązuję się do poniesienia kosztów wykonania kopii dokumentacji medycznej, zgodnie z cennikiem obowiązującym w Wojskowej Specjalistycznej Przychodni Lekarskiej SP ZOZ w Białymstoku.

.....
miejsowość, data

.....
podpis wnioskodawcy

Potwierdzam odbiór:

kserokopii dokumentacji medycznej w liczbie Stron

innego dokumentu (np. wyciągu, odpisu)

.....
data

.....
czytelny podpis pacjenta lub osoby upoważnionej