

Tuszyn, , dn.

.....
Nazwisko i imię wnioskodawcy

.....
Adres wnioskodawcy

.....
Dowód tożsamości wnioskodawcy

Samorządowa Przychodnia Zdrowia w Tuszynie
95-080 Tuszyn, ul. Żeromskiego 24/26

Wniosek o udostępnienie dokumentacji medycznej

Zwracam się z prośbą o wydanie kopii dokumentacji medycznej:

1. Pacjenta:

Nazwisko i imię

.....
Adres zamieszkania

.....
PESEL

sporządzonej w tutejszej placówce.

2. Dokumentacja dotyczy leczenia we wszystkich poradniach placówki.

3. Dokumentacja dotyczy leczenia realizowanego przez wszystkich lekarzy.

4. Rodzaj dokumentacji medycznej:

5. Za okres:

od do

6. Forma odbioru dokumentacji:

Odbiór:

osobisty

przez osobę upoważnioną

Nazwisko i imię, dowód tożsamości

.....
Data i podpis osoby przyjmującej wniosek

.....
Czytelny podpis wnioskodawcy