

Dane osoby wnioskującej o wydanie dokumentacji:

Dane pacjenta, którego dotyczy dokumentacja:
(Wypełnić w przypadku, gdy wnioskodawcą jest inna osoba niż pacjent).....
imię i nazwisko.....
imię i nazwisko.....
adres zamieszkania/nr telefonu.....
PESEL.....
PESEL**Zwracam się z prośbą o udostępnienie do wglądu dokumentacji medycznej, z Poradni**

....., której jestem pacjentem/do której jestem upoważniony na podstawie oświadczenia*.

*właściwe zakreślić

Podpis wnioskującego:

Wypełnia pracownik przyjmujący wniosek

Data wpływu wniosku: Podpis pracownika:

POTWIERDZENIE WERYFIKACJI UPOWAŻNIENIA

Osoba wnioskująca, inna niż pacjent, którego dotyczy dokumentacja jest do niej upoważniona

 Tak Nie

Data: Podpis pracownika:

Data: Podpis osoby odbierającej dokumentację:

Dane osoby wnioskującej o wydanie dokumentacji:

Dane pacjenta, którego dotyczy dokumentacja:
(Wypełnić w przypadku, gdy wnioskodawcą jest inna osoba niż pacjent).....
imię i nazwisko.....
imię i nazwisko.....
adres zamieszkania/nr telefonu.....
PESEL.....
PESEL**Zwracam się z prośbą o udostępnienie do wglądu dokumentacji medycznej, z Poradni**

....., której jestem pacjentem/do której jestem upoważniony na podstawie oświadczenia*.

*właściwe zakreślić

Podpis wnioskującego:

Wypełnia pracownik przyjmujący wniosek

Data wpływu wniosku: Podpis pracownika:

POTWIERDZENIE WERYFIKACJI UPOWAŻNIENIA

Osoba wnioskująca, inna niż pacjent, którego dotyczy dokumentacja jest do niej upoważniona

 Tak Nie

Data: Podpis pracownika:

Data: Podpis osoby odbierającej dokumentację: