

Wojewódzki Zespół Specjalistycznej Opieki Zdrowotnej ul. Dobrzyńska 21/23 50-403 Wrocław
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 przygotowanie wyciągu/ odpisu/ kopii/ wydruku dokumentacji medycznej, z Poradni

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

Oświadczam, że uzyskana dokumentacja posłuży*

- profilaktyce, zachowaniu, ratowaniu, przywracaniu lub poprawie zdrowia,
 do celów innych, niż wymienione powyżej.

Jednocześnie zobowiązuję się do pokrycia kosztów uzyskania dokumentacji.

*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:

Wojewódzki Zespół Specjalistycznej Opieki Zdrowotnej ul. Dobrzyńska 21/23 50-403 Wrocław
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 przygotowanie wyciągu/ odpisu/ kopii/ wydruku dokumentacji medycznej, z Poradni

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

Oświadczam, że uzyskana dokumentacja posłuży*

- profilaktyce, zachowaniu, ratowaniu, przywracaniu lub poprawie zdrowia,
 do celów innych, niż wymienione powyżej.

Jednocześnie zobowiązuję się do pokrycia kosztów uzyskania dokumentacji.

*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: