

Piekary Śląskie, dnia

Piekarskie Centrum Medyczne Sp. z o.o.

ul. Szpitalna 11

412-940 Piekary Śląskie

wniosek o wydanie kserokopii dokumentacji medycznej

osoba występująca z wnioskiem (właściwe zakreślić):

☐ pacjent

☐ osoba upoważniona przez pacjenta

☐ inna osoba występująca z wnioskiem

dane pacjenta:

imię i nazwisko.....

data urodzenia/PESEL

adres

.....

nr tel. kontakt.....

dane osoby występujące z wnioskiem:

imię i nazwisko

data urodzenia/PESEL.....

adres

.....

nr tel. kontakt

Zwracam się z prośbą o wydanie kserokopii dokumentacji medycznej (właściwe zakreślić)
oraz podać okresy jakich ma dotyczyć udostępniona dokumentacja:

☐ historii choroby na oddziale szpitalnym.....

☐ poradni specjalistycznej

☐ innej dokumentacji medycznej:

potwierdzam odbiór dokumentacji:

data:.....

.....
podpis osoby odbierającej

.....
podpis wnioskodawcy