

Zabrze, , dn.

.....
Nazwisko i imię wnioskodawcy

.....
Adres wnioskodawcy

.....
Dowód tożsamości wnioskodawcy

Maciejów Sp. z o.o. NZOZ Maciejów REGON 241703261
41-804 Zabrze, ul. ul. Knurowska 16

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