

WNIOSEK O UDOSTĘPNIENIE DOKUMENTACJI MEDYCZNEJ

Imię Nazwisko

Adres zamieszkania

PESEL lub data urodzenia lub - -
PESEL Rok Miesiąc Dzień

Rodzaj i nr dowodu tożsamości

Nr telefonu

Ja niżej podpisany, zwracam się z uprzejmą prośbą o udostępnienie dokumentacji medycznej:

.....
Imię i nazwisko Pacjenta, którego dokumentacja dotyczy

Dotyczącej udzielenia świadczenia medycznego w:

.....
nazwa oddziału/poradni

W dniu/dniach:

.....
Data udzielenia świadczenia medycznego

poprzez:

- umożliwienie wglądu do dokumentacji w siedzibie Szpitala
- wydanie kopii dokumentacji medycznej
- wydanie w innej formie (np. wyciąg, odpis itp.)

Dokumentację medyczną odbiorę:

- osobiście
- upoważniam Panią/Pana (wymagane dołączenie upoważnienia do wniosku) :

.....
Imię i nazwisko osoby upoważnionej

proszę przesłać na adres:

.....
Ulica, nr domu/mieszkania

-

Miejscowość

Zobowiązuję się do pokrycia kosztów wykonania kopii dokumentacji zgodnie z obowiązującym w Brzeskim Centrum Medycznym cennikiem.

.....
data, podpis

ODBIÓR DOKUMENTACJI MEDYCZNEJ

Kwituję odbiór dokumentacji medycznej:

.....
Data i czytelny podpis osoby odbierającej

.....
Data i czytelny podpis Pracownika BCM