

WNIOSEK PACJENTA O WGLĄD DO DOKUMENTACJI MEDYCZNEJ

z dnia.....

Dane wnioskodawcy:

Imię.....

Nazwisko

PESEL.....

Ulica/ nr domu/nr lokalu.....

Kod pocztowy, miejscowość.....

Ja, niżej podpisany (-a), legitymujący (-a) się dowodem osobistym nr.....

zwracam się z prośbą o wgląd do dokumentacji medycznej

mojej historii choroby/ historii choroby dziecka/ karty szczepień dziecka^{*)}

.....

(imię i nazwisko dziecka, PESEL)

Znajdującej się w Państwa posiadaniu oraz upoważniam / nie upoważniam nikogo*

.....

(imię i nazwisko)

Legitymującego (-ą) się dowodem osobistym nr.....

wydanym przez.....

do wglądu w/w dokumentacji.

.....

(data i czytelny podpis osoby przyjmującej wniosek)

(data i czytelny podpis osoby składającej wniosek)

DOKUMENTACJĘ DO WGLĄDU UDOSTĘPNIONO DNIA.....

.....

(data i czytelny podpis osoby udostępniającej dokumentację)

(data i czytelny podpis osoby oglądającej dokumentację)

^{*)} niepotrzebne skreślić