Załącznik nr 2 do procedury **PA – PP 4 - ZI 1/3.3**

WNIOSEK O UDOSTĘPNIENIE BIEŻĄCEJ DOKUMENTACJI MEDYCZNEJ

….
(Miejscowość, data)

I. WNIOSKODAWCA

Imię i Nazwisko …..... PESEL | | | | | | | | | | | |

Adres zamieszkania..... ..... …..... .....
Ulica /nr domu Miejscowość Kod pocztowy

Tytuł prawny do uzyskania dokumentacji: (Proszę zaznaczyć „X” we właściwej rubryce)

☐ Wniosek składa pacjent, którego dokumentacja dotyczy ☐ Wniosek składa przedstawiciel ustawowy pacjenta

☐ Wniosek składa osoba upoważniona przez pacjenta

Dane pacjenta, którego dotyczy wniosek: (Proszę wypełnić tylko w przypadku, gdy wniosek składa inna osoba niż pacjent, którego dotyczy dokumentacja.)

Imię i Nazwisko …..... PESEL | | | | | | | | | | | |

Adres zamieszkania..... ..... …..... .....
Ulica /nr domu Miejscowość Kod pocztowy

Nr telefonu.....

Wnoszę o udostępnienie dokumentacji medycznej.

Dokumentacja dotyczy leczenia: (Proszę podać nazwę komórki organizacyjnej oraz okres leczenia)

….....

….....
data i podpis wnioskodawcy

Akceptacja Ordynatora/Kierownika oddziału/lekarza prowadzącego.....