

Wniosek o udostępnienie dokumentacji medycznej

Dane pacjenta/osoby upoważnionej:

Imię i nazwisko:.....

Adres zamieszkania.....

PESEL:.....

Nr telefonu:.....

Email:.....

Proszę o udostępnienie mojej dokumentacji medycznej/dokumentacji medycznej pacjenta

.....*, całej/za okres.....*, z wizyty u lekarza

.....

Sposób odbioru dokumentacji medycznej

Dokumentację medyczną odbiorę w następujący sposób**:

- odbiór osobisty w przychodni
- udostępnienie drogą elektroniczną na wskazanego przeze mnie maila
- udostępnienie poprzez wysłanie wydruku na mój adres zamieszkania

.....

Data i Podpis przyjmującego wniosek

.....

Podpis osoby składającej wniosek

*niepotrzebne skreślić

**właściwe zaznaczyć