

Nr kartoteki / K.G.....

Nysa, dnia.....

WNIOSEK O WYDANIE DOKUMENTACJI MEDYCZNEJ

DANE PACJENTA, KTÓREGO DOTYCZY DOKUMENTACJA (drukowanymi literami)

Imię i Nazwisko:Nr Tel.....

Adres

PESEL..... seria i nr dowodu osobistego.....

DANE OSOBY WNIOSKUJĄCEJ (wypełnić jeśli inne niż powyżej)

Imię i Nazwisko:Nr Tel.....

Adres

PESEL..... seria i nr dowodu osobistego.....

PROSZĘ O SPORZĄDZENIE I WYDANIE (właściwe zaznaczyć)

kserokopia

wynik badania (CD)

po raz pierwszy

po raz kolejny

z leczenia w Oddziale / Poradni / Pracowni.....

za okres od.....do.....

Całość

Historia choroby

karta informacyjna

wyniki badań

inne

*UWAGI :

.....

*Upoważniam do odbioru dokumentacji medycznej

Panią/Pana.....

seria i nr. dowodu osobistego

ilość stron.....

ilość płyt CD

.....
data i czytelny podpis wnioskodawcy

do zapłaty:.....

.....
data i czytelny podpis odbierającego