

.....
Data i miejscowość

Wniosek o wydanie kopii dokumentacji medycznej

.....
Imię i Nazwisko Pacjenta

.....
Nr PESEL / Data urodzenia

.....
Imię i nazwisko Rodzica / Opiekuna prawnego w przypadku dzieci poniżej 18 r.ż. oraz osób ubezwłasnowolnionych**

.....
Nr dokumentu tożsamości ze zdjęciem Pacjenta / Rodzica / Opiekuna prawnego*

.....
Adres zamieszkania

.....
Telefon kontaktowy

Prośba o wydanie kopii dokumentacji medycznej * :

opis badania MR z dnia:

opis badania TK z dnia:

płyta CD z badaniem MR z dnia:

płyta CD z badaniem TK z dnia:

.....
Data i podpis osoby przyjmującej wniosek

.....
Data i podpis osoby składającej wniosek

* zaznaczyć właściwe

** zaznaczyć jeśli dotyczy

Podstawa Prawna: Dz. U. z 2009r. Nr 52, poz.417, ze zm.