.....
(miejscowość i data)

Dane Wnioskodawcy:

.....
imię nazwisko – stopień pokrewieństwa

.....
nr dowodu tożsamości

.....
adres e-mail

WNIOSEK O WYDANIE DOKUMENTACJI MEDYCZNEJ

Ja niżej podpisany, zwracam się z prośbą o: **wgląd / kserokopię / odpis/ oryginał *** (oryginał wydawany jest za pokwitowaniem i z zastrzeżeniem zwrotu po wykorzystaniu , na żądanie organów władzy publicznej i sądów powszechnych, a także w przypadku gdy zwłoka w wydaniu dokumentacji mogłaby spowodować zagrożenie życia lub zdrowia pacjenta) dokumentacji medycznej:

.....
Imię i nazwisko pacjenta, PESEL (osoby, której dokumentacja dotyczy)

Wnioskuję o udostępnienie dokumentacji medycznej z leczenia w (podać nazwę oddziału, poradni, lzby przyjęć oraz datę pobytu lub okres z jakiego dokumentacja ma być udostępniona)

.....

.....

po raz pierwszy ☐ po raz kolejny ☐

Dokumentacje medyczną odbiorę:
□ osobiście
□ upoważniam .....
imię nazwisko, nr dokumentu tożsamości

□ proszę o przesłanie za zwrotnym potwierdzeniem odbioru na adres (tylko dla uprawnionych instytucji):
.....
.....

☐ za pośrednictwem Medycznego Portalu Informatycznego przez stronę www.szpitalpediatryczny.pl

.....
(podpis wnioskodawcy)

WYDANO:

.....
(data wydania dokumentu)

Pobrano opłatę w wysokości ..... za ..... stron dokumentacji medycznej.
Wysłano listem poleconym w dniu .....

.....
(czytelny podpis pracownika wydającego dokumentację)