

AR/1/z6 WNIOSK O WYDANIE DOKUMENTACJI MEDYCZNEJ

Proszę o sporządzenie wyciągu / odpisu / kopii / wypożyczenie oryginału dokumentacji medycznej* w zakresie:
....., z pobytu w NZOZ KLINIKA PROMIENISTA w okresie/data:

W

nazwa komórki organizacyjnej

Dane wnioskodawcy:	**Dane osoby:
..... (imię i nazwisko) (imię i nazwisko)
..... (adres zamieszkania/zameldowania) (adres zamieszkania/zameldowania)
..... (PESEL) (PESEL)
..... (data i podpis)	

Powyższe dane osobowe potwierdzam:

Podpis pracownika

data

Osoba odbierająca oryginał/wyciąg/odpis/kopię***:

1. pacjent, 2. osoba upoważniona, 3. przedstawiciel ustawowy.

Potwierdzam odbiór wyciągu / odpisu / kopii / oryginału dokumentacji medycznej*

godzina wydania

Podpis pacjenta lub innej osoby uprawnionej/data

Potwierdzam wypożyczenie zdjęć RTG:

godzina wydania.....

Podpis pacjenta lub innej osoby uprawnionej/data

Zobowiązuję się do zwrotu oryginału dokumentacji medycznej/zdjęć RTG do dnia.....

Potwierdzam **zwrot oryginału** dokumentacji medycznej /**zdjęć RTG***.....

Podpis pracownika i data zwrotu

Upoważniam Panią/Pana legitymującą/ym się dowodem osobistym wydanym przez do odbioru dokumentacji / zdjęć RTG*

.....
Podpis i data

* *niepotrzebne skreślić*

** *wypełnia się w przypadku, gdy dokumentacja medyczna dotyczy innej osoby niż wnioskodawca*

*** *właściwe zakreślić*