

Niepubliczny Zakład Opieki Zdrowotnej
Przychodnia Lekarza Rodzinnego Wiesława Krzywosądzka
62-035 Kórnik ul. Armii Krajowej 3
NIP 7811140508 REGON 630143223
Telefon: +48 61 817 00 50

....., dnia 2021 r.

WNIOSEK O UDOSTĘPNIENIE DOKUMENTACJI MEDYCZNEJ
nieobowiązkowy formularz pomocniczy

Dane osoby wnioskującej o wydanie dokumentacji:

Imię i Nazwisko

Adres zamieszkania

.....

Dane kontaktowe (telefon/e-mail)

Dane pacjenta, którego dokumentacja dotyczy:

Imię i Nazwisko

PESEL

W stosunku do pacjenta jestem (wypełnia wnioskodawca niebędący pacjentem, którego dotyczy dokumentacja):

☐ przedstawicielem ustawowym	☐ osobą upoważnioną przez pacjenta	☐ osobą bliską tj. (dot. udostępnienia dokumentacji po śmierci pacjenta)
--	--	---

Zakres dokumentacji, objęty wnioskiem o udostępnienie:

strony: okres

Dokumentację odbierze:

Imię i Nazwisko: dokument tożsamości

czytelny podpis

