

Hrubieszów, dnia.....

WNIOSEK O WYDANIE DOKUMENTACJI MEDYCZNEJ

DANE PACJENTA, KTÓREGO DOTYCZY DOKUMENTACJA (wypełnić drukowanymi literami)

Imię i Nazwisko: PESEL

Adres zamieszkania - miasto: ul.: nr:

Kod pocztowy: poczta: woj.:

Telefon kontaktowy: e-mail:

DANE OSOBY WNIOSKUJĄCEJ (wypełnić jeśli inne niż powyżej)

Imię i Nazwisko: PESEL

Adres zamieszkania - miasto: ul.: nr:

Kod pocztowy: poczta: woj.:

Telefon kontaktowy: e-mail:

PROSZĘ O UDOSTĘPNIENIE/ WYDANIE (*właściwe zaznaczyć*):

odpis wyciąg wydruk wynik badania (CD) do wglądu

z leczenia w Oddziale / Poradni/ Pracowni

za okres od: **do**

Całość Historia choroby Karta informacyjna Wyniki badań Zapisy wizyt lekarskich Inne

Oświadczam, iż zapoznałam/ em się z obowiązującym w SPZOZ w Hrubieszowie **Cennikiem udostępniania dokumentacji medycznej**,

.....
czytelny podpis wnioskodawcy

Sposób odbioru: Odbiór osobisty Wysyłka

Upoważniam do **odbioru dokumentacji medycznej** Panią/ Pana:

.....
czytelny podpis wnioskodawcy