

WNIOSEK O WYDANIE DOKUMENTACJI MEDYCZNEJ.....
Imię i nazwisko, pesel/data urodzenia pacjenta.....
Adres i tel. kontaktowy.....
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**.....
Poradnia.....
Lekarz prowadzący.....
Proszę o wydanie dokumentacji medycznej w celu..........
Zobowiązuję się do odbioru i pokrycia kosztów kserokopii/wydruku dokumentacji medycznej/płyty CD wg cennika obowiązującego w Centrum Medycznym Internus Sp. z o. o. zgodnie z art.28 ustawy o prawach pacjenta i Rzeczniku Praw Pacjenta......
Prośba o wydanie dokumentacji medycznej :

- kopii dokumentacji medycznej/wydruku dokumentacji z systemu elektronicznego
- kopii dokumentacji medycznej/dokumentacji z systemu elektronicznego na płycie CD

.....
data, czytelny podpis osoby przyjmującej podanie.....
data, czytelny podpis wnioskodawcy.....
data, czytelny podpis osoby wydającej.....
potwierdzenie odbioru, data ,czytelny podpis

* jeśli dotyczy

** zaznaczyć właściwe

Podstawa prawna: art.23,26,28 ustawy o prawach pacjenta i Rzeczniku praw Pacjenta (Dz. U. z 2009 Nr 52 poz. 417 t. j.)