

WNIOSEK O UDOSTĘPNIENIE DOKUMENTACJI MEDYCZNEJ

Dane osoby wnioskującej o wydanie dokumentacji medycznej (przedstawiciel ustawy,
osoba upoważniona przez pacjenta – zakreślić właściwie)

Imię i nazwisko:

PESEL:

Adres zamieszkania:

Numer telefonu kontaktowego:

Dane pacjenta, którego dokumentacja medyczna dotyczy:

(wypełnić w przypadku, gdy wnioskodawcą jest inna osoba niż pacjent)

Imię i nazwisko pacjent :

PESEL:

Data i miejsce zdarzenia:

Wnioskuję o:

- wydanie kopii dokumentacji medycznej – karty medycznych
czynności ratunkowych
- inne (wymenić)

O powyższą dokumentację medyczną wnioskuję **PIERWSZY RAZ / KOLEJNY RAZ**
(zakreślić właściwie)

Wnioskowaną dokumentację medyczną:

- odbiorę osobiście (pacjent)
- odbiorę jako przedstawiciel ustawy pacjenta
- odbiorę jako osoba upoważniona przez pacjenta

.....

.....

miejsowość, data

.....

podpis wnioskodawcy

Kopię „Karty Medycznych Czynności Ratunkowych”

odebrałem dnia

.....
podpis i nr dowodu osobistego osoby odbierającej dokumentację

.....
(podpis osoby wydającej dokumentację)