BOCHNIA, , dn. ………………………………………

…………………………………………………………..

 Nazwisko i Imię wnioskodawcy

 ………………………………………………………….

 Adres wnioskodawcy

…………………………………………………………..

 Dowód tożsamości wnioskodawcy

SPMZOZ w Bochni
32-700 BOCHNIA, ul. Floris 16

# **Wniosek o udostępnienie dokumentacji medycznej**

Zwracam się z prośbą o wydanie kopii dokumentacji medycznej:

1. Pacjenta:

………………………………………………………………………………………………………………………………………………………

 Nazwisko i imię

………………………………………………………………………………………………………………………………………………………

 Adres zamieszkania
……………………………………………………………………………………………………………………………………………………….

 PESEL

sporządzonej w tutejszej placówce.

1. Dokumentacja dotyczy leczenia we wszystkich poradniach placówki.

…………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………….

1. Dokumentacja dotyczy leczenia realizowanego przez wszystkich lekarzy.

…………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………….

1. Rodzaj dokumentacji medycznej:

…………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………….

1. Za okres:

od ………………………………………… do………………………………………...

1. Forma odbioru dokumentacji:

Odbiór:

□ osobisty

□ przez osobę upoważnioną………………………………………………………………………………………………………………………………………

 Nazwisko i imię, dowód tożsamości

……………………………………………………………….. ……………………………………………………..

 Data i podpis osoby przyjmującej wniosek Czytelny podpis wnioskodawcy

mMedica wersja 6.7.5.19800