



ZDROWA DENT
STOMATOLOGIA RODZINNA

Wniosek o udostępnienie dokumentacji medycznej

Dane osoby wnioskującej o wydanie dokumentacji:

Imię i nazwisko: _____

PESEL: _____

Adres zamieszkania: _____

Numer telefonu kontaktowego: _____

Dane pacjenta, którego dokumentacja dotyczy:

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

Imię i nazwisko: _____

PESEL: _____

Podstawa do wydania dokumentacji medycznej:

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

- Przedstawiciel ustawowy
- Upoważnienie pacjenta
- Inne (proszę wskazać podstaw.)

Wnioskuje o:

- wydanie wyciągu dokumentacji medycznej;
- wydanie odpisu dokumentacji medycznej;
- wydanie kopii lub wydruku dokumentacji medycznej;
- udostępnienie dokumentacji medycznej do wglądu;
- udostępnienie dokumentacji medycznej na płycie CD.



ZDROWA DENT
STOMATOLOGIA RODZINNA

ul. Zdrowa 5/5
55-093 Kiełczów

+48 577 317 077
rejestracja@zdrawadent.pl



ZDROWA DENT
STOMATOLOGIA RODZINNA

Wnioskowaną dokumentację:

- odbiorę osobiście
- proszę wysłać na adres:
- odbierze osoba upoważniona:

imię i nazwisko: _____

numer dowodu osobistego: _____

Oświadczam, iż zobowiązuję się do poniesienia kosztów udostępnienia dokumentacji medycznej, zgodnie z obowiązującymi przepisami oraz cennikiem udostępnienia dokumentacji medycznej.

Miejscowość, data

Podpis wnioskodawcy