

WNIOSEK O WYDANIE KOPII DOKUMENTACJI MEDYCZNEJ**Dane osoby wnioskującej o wydanie dokumentacji:**

Imię i nazwisko:

PESEL:

Data urodzenia:

Adres zamieszkania:

Numer telefonu kontaktowego:

Dane pacjenta, którego dokumentacja dotyczy:

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

Imię i nazwisko:

PESEL:

Data urodzenia:

Wnioskuję o wydanie kopii dokumentacji medycznej za okres:

.....

Wnioskowaną kopię dokumentacji medycznej:

- ☐ odbiorę osobiście
- ☐ proszę wysłać na adres e-mail:
- ☐ odbierze osoba upoważniona:
 - imię i nazwisko:
 - numer dowodu osobistego:

Oświęcim, dnia

.....
podpis wnioskodawcy

POTWIERDZENIE WYDANIA DOKUMENTACJI

Dokumentacja:

- ☐ wysłana na wskazany adres e-mail w dniu:
- ☐ odebrana osobiście przez pacjenta
- ☐ odebrana przez osobę upoważnioną przez pacjenta

.....
data i podpis pracownika wydającego dokumentację**POTWIERDZENIE ODBIORU:**

Potwierdzam odbiór wnioskowanej dokumentacji.

.....
data i podpis osoby odbierającej dokumentacjęTożsamość osoby odbierającej potwierdzona na podstawie:
(rodzaj i numer dokumentu).....
data i podpis pracownika wydającego dokumentację