

WNIOSEK O UDOSTĘPNIENIENIE DOKUMENTACJI MEDYCZNEJ

.....
(imię i nazwisko)

.....
(adres)

.....
(nr PESEL)

Ja niżej podpisany zwracam się z wnioskiem o udostępnienie dotyczącej mnie dokumentacji medycznej zgromadzonej w NZOZ Eskulap w Bydgoszczy w roku
Proszę o wydanie kserokopii następujących dokumentów:

1. wyniku badania histopatologicznego*
2. wyniku badania USG duplex*
3. wyniku badania TK*
4. dokumentacji ambulatoryjnej*
5. karty informacyjnej z hospitalizacji*
6.

.....
data i czytelny podpis

UPOWAŻNIENIE DO WYDANIA DOKUMENTACJI MEDYCZNEJ

Nie upoważniam kogokolwiek do odebrania powyżej wymienionej dokumentacji med.

Upoważniam do odebrania powyżej wymienionej dokumentacji medycznej

Pana/Panią

.....
data i czytelny podpis pacjenta

.....
(data i czytelny podpis osoby przyjmującej upoważnienie)

POTWIERDZENIE ODBIORU DOKUMENTACJI MEDYCZNEJ

Ja legitymująca/cy się dowodem osobistym
nr..... poświadczam odbiór powyżej wymienionej
dokumentacji medycznej.

.....
data i czytelny podpis odbierającego

.....
(data i czytelny podpis osoby wydającej dokumentację)

* niepotrzebne skreślić