

..... Jędrzejów, dnia

Imię i Nazwisko pacjenta

.....

.....

Adres zamieszkania

.....

Telefon do kontaktu

WNIOSEK

o wydanie odpisu/kserokopii dokumentacji medycznej

Proszę o wydanie odpisu/kserokopii dokumentacji medycznej

.....

(określić rodzaj dokumentacji medycznej np. historia choroby)

Odpis/kserokopia będzie obejmować:

- pełny zakres
- okres od *(określić datę)*

Oświadczam, że pokryję koszty sporządzonego odpisu/kserokopii dokumentacji medycznej

.....
(podpis pacjenta lub osoby upoważnionej)

Podstawa prawna: Ustawa z dnia 06 listopada 2008r o prawach pacjenta i Rzeczniku Praw Pacjenta (Dz.U. Nr 52 poz. 417 z 2009r)

..... Jędrzejów, dnia

Imię i Nazwisko pacjenta

.....

.....

Adres zamieszkania

.....

Telefon do kontaktu

WNIOSEK

o wydanie odpisu/kserokopii dokumentacji medycznej

Proszę o wydanie odpisu/kserokopii dokumentacji medycznej

.....

(określić rodzaj dokumentacji medycznej np. historia choroby)

Odpis/kserokopia będzie obejmować:

- pełny zakres
- okres od *(określić datę)*

Oświadczam, że pokryję koszty sporządzonego odpisu/kserokopii dokumentacji medycznej

.....
(podpis pacjenta lub osoby upoważnionej)

Podstawa prawna: Ustawa z dnia 06 listopada 2008r o prawach pacjenta i Rzeczniku Praw Pacjenta (Dz.U. Nr 52 poz. 417 z 2009r)