



NZOZ Szpital Specjalistyczny
w Jędrzejowie im. Władysława Biegańskiego

**WNIOSEK
o WGLĄD do
dokumentacji medycznej Pacjenta**

Jędrzejów
dnia

DANE PACJENTA	Imię i Nazwisko												
	PESEL data urodzenia												
	adres zamieszkania												
	kod pocztowy miejsowość												
	Dane kontaktowe (telefon, e-mail ...)												
DOKUMENTACJA	Oddział / Poradnia												
	nr dokumentacji												
	dotyczy okresu												
	Inne												

Zwracam się z prośbą o WGLĄD do w/w dokumentacji medycznej znajdującej się w Państwa posiadaniu.

.....
Podpis Pacjenta / Opiekuna prawnego / Osoby upoważnionej

!!! Wypełnić, gdy wniosek dotyczy dokumentacji dziecka poniżej 18 r. ż. lub osoby ubezwłasnowolnionej !!!

.....
Czytelnie - Imię i nazwisko Opiekuna prawnego

.....
Podpis

!!! Wypełnić, gdy z wnioskiem występuje osoba upoważniona przez Pacjenta !!!

.....
Czytelnie - Imię i nazwisko Osoby upoważnionej

.....
Podpis

Upoważnienie załączyć do dokumentacji !!!

Dokumentację wydano do wglądu*		Dokumentację otrzymałem
Pacjentowi <input type="checkbox"/> podpis osoby wydającej, data Podpis Odbierającego, data
Osobie upoważnionej <input type="checkbox"/>		
Opiekunowi prawnemu <input type="checkbox"/>		

* zaznaczyć właściwą odpowiedź

Dokumentację zwrócono
Data, godzina, podpis osoby przyjmującej

UWAGI:

.....
.....