

 NZOZ Szpital Specjalistyczny w Jędrzejowie im. Władysława Biegańskiego	WNIOSEK o wydanie ORYGINAŁU 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												
	Dokumentacja zawiera dołączone wyniki wykonanych badań* TAK <input type="checkbox"/> / NIE <input type="checkbox"/>												
Proszę o wydanie oryginału w/w dokumentacji medycznej dotyczącej stanu mojego zdrowia, oraz udzielonych mi świadczeń medycznych. Po wykorzystaniu, zobowiązuję się zwrócić dokumentację w całości.													
										 Podpis Pacjenta		
Dokumentację wydano						Dokumentację otrzymałem							
podpis osoby wydającej, data 						podpis Pacjenta, data 							

*zaznaczyć właściwą odpowiedź

UWAGI:

.....

.....