

THERAPEUTICA Spółka z ograniczoną odpowiedzialnością
89-600 CHOJNICE ul. BYTOWSKA 70
REGON: 22077074000023
tel: 52 3967331

Chojnice, dn.

Wniosek o udostępnienie dokumentacji medycznej

Dane pacjenta którego dokumentacja dotyczy:

Imię i nazwisko:

PESEL:

Adres zamieszkania:

Numer telefonu kontaktowego:

Dane osoby wnioskującej o wydanie dokumentacji:

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

Imię i nazwisko:

PESEL:

Adres zamieszkania:

Numer telefonu kontaktowego:

Wnioskuje o:

- wydanie kopii dokumentacji medycznej
- udostępnienie dokumentacji medycznej do wglądu

Za okres od do

Cel wydania:.....

Wnioskowaną dokumentację:

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

Oświadczam, że zapoznałam/em się z zasadami ochrony danych osobowych i udostępniania dokumentacji medycznej dostępnymi na stronie <http://therapeutica.pl>
Oświadczam, iż zobowiązuję się do poniesienia kosztów wykonania kopii dokumentacji medycznej, zgodnie z obowiązującymi przepisami.

.....
miejsowość, data

.....
podpis wnioskodawcy

Potwierdzenie wpływu:

Data:

Uzgodniony termin odbioru / wysyłki / udostępnienia do wglądu

.....
podpis pracownika