



WNIOSEK O WYDANIE DOKUMENTACJI MEDYCZNEJ

D-13 / PM-2

Imię i nazwisko: Warszawa, dnia

Adres:

PESEL:

- Proszę o wydanie dokumentacji medycznej:** Kopii karty historii leczenia
 zdjęć rentgenowskich: pantomogram, RTG, RVG *

Proszę wypełnić tylko wówczas, gdy wniosek składa inna osoba niż pacjent, którego dotyczy dokumentacja:

Imię i nazwisko pacjenta, którego dotyczy wniosek:

adres pacjenta, którego dotyczy wniosek:

PESEL pacjenta, którego dotyczy wniosek:

- tytuł prawny do uzyskania dokumentacji: Wniosek składa przedstawiciel ustawowy
 Upoważnienie wystawione przez pacjenta

.....
data i podpis osoby przyjmującej zgłoszenie

.....
podpis wnioskodawcy

Termin odbioru dokumentacji:

Potwierdzam wydanie dokumentacji medycznej:

Potwierdzam odbiór dokumentacji medycznej:

.....
data i podpis osoby wydającej dokumentację

.....
data i podpis wnioskodawcy

* odpowiednie zakreślić