



Załącznik nr 4 „Wniosek o wgląd do dokumentacji medycznej” do Regulaminu.

Knurów, dnia.....

Zespół Opieki Zdrowotnej w Knurowie
ul. Niepodległości 8
44-190 Knurów

WNIOSEK O WGLĄD DO DOKUMENTACJI MEDYCZNEJ

Proszę wypełnić czytelnie drukowanymi literami

1. Tytuł prawny do uzyskania dokumentacji: (*proszę zaznaczyć X we właściwej rubryce*)

- wniosek składa pacjent, którego dokumentacja dotyczy
- wniosek składa przedstawiciel ustawowy pacjenta
- wnioskodawca posiada upoważnienie wystawione przez pacjenta

2. Dane Wnioskodawcy o wgląd do dokumentacji medycznej:

Imię i nazwisko lub nazwa podmiotu uprawnionego

.....

PESEL/NIP:.....

Adres zamieszkania/siedziba:.....

Numer telefonu kontaktowego:

3. Dane pacjenta, którego dokumentacja dotyczy:

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

Imię i nazwisko:

PESEL:

4. Rodzaj dokumentacji medycznej:

- nazwa przychodni / poradni / pracowni:
- okres leczenia:
- historia zdrowia i choroby; wyniki badań; inne.....

.....
miejsowość, data

.....
podpis wnioskodawcy

Dokumentację do wglądu udostępniono dnia

.....
(data i podpis osoby udostępniającej dokumentację)

.....
(data i podpis osoby oglądającej dokumentację)