

WNIOSEK O UDOSTĘPNIENIE DOKUMENTACJI MEDYCZNEJ

Wniosek do Samodzielnego Publicznego Zakładu Opieki Zdrowotnej w Mońkach

Wnioskodawca (pacjent, osoba upoważniona przez pacjenta lub przedstawiciel ustawowy)

.....

.....

Imię i nazwisko oraz adres zamieszkania, PESEL, tel. Kontaktowy Wnioskodawcy

Podstawa prawna upoważniająca do pozyskania danych albo wskazanie wiarygodnie uzasadnionej potrzeby posiadania danych w przypadku osób innych niż wymienione w art. 26 ustawy z dnia 6 listopada 2008 r. o prawach pacjenta i Rzeczniku Praw Pacjenta (Dz.U.2017.poz.1318)

Dokumentacja dotyczy leczenia (nazwa poradni, oddziału, zakładu)

.....

Zakres żądanych informacji:

- całej dokumentacji medycznej
- dokumentacji medycznej dotyczącej okresu:
- wybranych dokumentów znajdujących się w dokumentacji medycznej tj.:

.....

Mońki dn.

.....

Czytelny podpis wnioskodawcy