



.....
Data i miejscowość

WNIOSEK O WYDANIE DOKUMENTACJI MEDYCZNEJ NA PŁYCCIE CD

Imię i Nazwisko Wnioskodawcy.....

Nr PESEL.....

*W przypadku osób, które nie mają nadanego numeru PESEL: Data urodzenia.....

Dokument potwierdzający tożsamość:

Rodzaj Numer

Data ważności.....Kraj, w którym wystawiono dokument zagraniczny

Telefon do

kontaktu

Nr ID / Firma

Wnioskodawca:

Pacjent Przedstawiciel ustawowy osoby małoletniej / ubezwłasnowolnionej Osoba
upoważniona przez Pacjenta

*W przypadku Wnioskodawcy, który nie jest Pacjentem:

Imię i Nazwisko Pacjenta.....

Nr PESEL Pacjenta.....

(dla noworodka, którego matka ma nadany numer PESEL - numer PESEL matki)

*W przypadku Pacjenta, który nie ma nadanego numeru PESEL (oraz noworodka, którego matka
nie ma nadanego numeru PESEL): Data urodzenia

Pacjenta.....

Dokument potwierdzający tożsamość Pacjenta (jeżeli posiada):.....

Rodzaj Numer

Data ważności.....Kraj, w którym wystawiono dokument zagraniczny.....

Proszę o wydanie dokumentacji medycznej na płycie CD.

Rodzaj dokumentacji:

.....
.....
.....
.....

(wybrana dokumentacja, lub całość dokumentacji medycznej autoryzowanej e-podpisem)

Oświadczam, że zostałem/am poinformowany/a o ewentualnych kosztach udostępniania
dokumentacji medycznej i zobowiązuję się do uiszczenia opłaty wskazanej przez pracownika
Przychodni MSWiA

.....
Data i podpis osoby przyjmującej wniosek

.....
Data i podpis osoby składającej wniosek

.....
Data i podpis osoby przyjmującej wniosek

.....
Data i podpis osoby składającej wniosek

* zakreślić właściwe

** wypełnić jeśli dotyczy

Podstawa Prawna: Ustawa o prawach pacjenta i Rzeczniku praw Pacjenta