

WNIOSEK O WYDANIE DOKUMENTACJI MEDYCZNEJ

Dane osoby wnioskującej o wydanie dokumentacji:

| | | | | |
|---------------------|---------|--------------------|--------|--------|
| Imię i nazwisko | PESEL | Adres zamieszkania | | |
| | | Miasto: | Ulica: | Numer: |
| Kod pocztowy: | Poczta: | Województwo: | | |
| Telefon kontaktowy: | e-mail: | | | |

Dane pacjenta, którego dotyczy dokumentacja (wypełnić gdy dane inne niż powyżej):

| | |
|-----------------|-------|
| Imię i nazwisko | PESEL |
| | |

Proszę o:

- Wydanie kserokopii dokumentacji medycznej potwierdzonej za zgodność z oryginałem
- Sporządzenie i wydanie odpisu,
- Sporządzenie i wydanie wyciągu z dokumentacji medycznej,
- Udostępnienie dokumentacji do wglądu
- Wydanie oryginału dokumentacji

Z leczenia/ wykonania badania w NU-MED CDiTO Zamość:

- Zakładzie Radioterapii
- Oddziale Radioterapii
- Pracowni PET

Rodzaj dokumentacji :

- historia choroby, za okres od..... do
- karta informacyjna leczenia szpitalnego, za okres od do.....
- badanie TK / MR nr
- inna – jaka.....

CZY CEL WYDANIA DOKUMENTACJI MEDYCZNEJ SŁUŻY PROFILAKTYCE, ZACHOWANIU, RATOWANIU, PRZYWRACANIU I POPRAWIE ZDROWIA?

- TAK
- NIE

Dokumentację odbiorę:

- osobiście
 - proszę wysłać na adres.....
 - upoważniam do odbioru dokumentacji medycznej
- (imię i nazwisko, nr dokumentu tożsamości)

| | |
|------------------------|-----------------------------------|
| Data złożenia wniosku: | Podpis osoby składającej wniosek: |
|------------------------|-----------------------------------|

