

Atelier Uśmiechu Sp. z o.o.o. ul. Kłobucka 8A/U7
02-699 Warszawa
NIP 9512488044

DANE WNIOSKODAWCY:

Data
Imię i Nazwisko.....
PESEL
Adres zamieszkania.....
Nr dowodu osobistego.....

WNIOSEK O WYDANIE KOPII DOKUMENTACJI MEDYCZNEJ

Ja niżej podpisany/a, zwracam się z uprzejmą prośbą o wydanie kopii dokumentacji medycznej pacjenta:

.....

/Imię, nazwisko i PESEL pacjenta/

Określenie rodzaju dokumentacji medycznej i okres:
poprzez umożliwienie wglądu do dokumentacji i sporządzenie kopii dokumentacji medycznej.
Dokumentację medyczną odbiorę:

- osobiście
- upoważniam..... (imię i nazwisko, adres zamieszkania)
- proszę przesłać mailem na adres

Podstawa prawna wydania:

- dokumentacja dotyczy wnioskodawcy
- upoważnienie złożone w dokumentacji medycznej upoważnienie jednorazowe (we wniosku lub odrębne)
- prawny opiekun osoby małoletniej
- prawny opiekun osoby ubezwłasnowolnionej

.....
Podpis osoby przyjmującej wniosek

.....
Podpis osoby składającej wniosek

1. Niniejszym oświadczam, że przedkładane przez mnie upoważnienie zostało własnoręcznie podpisane przez osobę upoważniającą.
 2. Niniejszym oświadczam, że jestem prawnym opiekunem osoby małoletniej i posiadam prawo do dokumentacji medycznej małoletniego.
 3. Niniejszym oświadczam, że jestem prawnym opiekunem osoby ubezwłasnowolnionej i posiadam prawo do dokumentacji medycznej ubezwłasnowolnionego.
- Dokumentacją została wydana wnioskodawcy w dniu
lub wysłano mailem na adres

.....
Podpis osoby wydającej dokumentację

.....
Podpis osoby odbierającej dokumentację