

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 DOKUMENTACJI MEDYCZNEJ

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

.....
/Imię, nazwisko i PESEL pacjenta/

Określenie rodzaju dokumentacji medycznej i okres:

poprzez

umożliwienie wglądu do dokumentacji i sporządzenie kopii,

o wydanie kopii dokumentacji medycznej,

wydanie w innej formie

Dokumentację medyczną odbiorę:

osobiście

upoważniam..... (imię i nazwisko, nr dokumentu tożsamości osoby upoważnionej)

proszę przesłać 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 Wnioskodawcy

* Właściwe zaznaczyć.

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 w dniu

wnioskodawcy

osobie trzeciej

/Imię, Nazwisko, nr dowodu osobistego/

wysłano pocztą na adres

.....
Podpis osoby wydającej dokumentację