



ISO 9001

AC 014
QMS

.....

Imię i nazwisko

.....

PESEL

Do:

.....

.....

Wniosek pacjenta o udostępnienie dokumentacji medycznej

Ja niżej podpisana/y niniejszym wnoszę o udostępnienie mojej dokumentacji medycznej w formie:

- kserokopii,
- do wglądu,
- odpisu,
- kopii na elektronicznym nośniku danych
- przesłanego skanu na adres mailowy*

w całości / w części od do

*niepotrzebne skreślić

Dokumentację medyczną:

- odbiorę osobiście.

.....

data i miejscowość, podpis pacjenta

Adnotacje

pieczętka jednostki

Dokumentację medyczną do wglądu udostępniono dnia

Sporządzono:

Odpis dokumentacji medycznej: stron

Kserokopię dokumentacji medycznej: stron

Na elektronicznym nośniku danych: sztuk:

Przesłano na maila: stron:

Odebrałem dokumentację medyczną osobiście w dniu:

.....
data i miejscowość, podpis pacjenta

.....
podpis pracownika sporządzającego