



WNIOSEK O WYDANIE DOKUMENTACJI MEDYCZNEJ

Dane pacjenta którego dotyczy dokumentacja:

Imię i Nazwisko:.....
Pesel:.....
Adres zamieszkania: miasto:
ulica:
kod pocztowy:poczta:.....
województwo: telefon kontaktowy:
adres mailowy:

Dane osoby wnioskującej (wypełnić jeśli inne niż powyżej) :

Imię i Nazwisko:.....
Pesel:.....
Adres zamieszkania: miasto:
ulica:
kod pocztowy:poczta:.....
województwo: telefon kontaktowy:
adres mailowy:

Proszę o sporządzenie i wydanie dokumentacji medycznej:

- Wydruk dokumentacji medycznej dot. całego okresu leczenia w Poznańskim Centrum Wzroku *
- Wydruk dokumentacji medycznej z okres od.....do.....*
- całość
- historia choroby
- karta informacyjna z wizyty
- wyniki badań
- inne: (podać jakie)

- Dokumentację medyczną odbiorę: *
- osobiście

- Proszę o wydanie dokumentacji osobie upoważnionej

Imię i Nazwisko :
Pesel:.....
Adres zamieszkania:.....

- Proszę o wysłanie drogą elektroniczną na adres email:

*zaznaczyć właściwe

Oświadczam, że wnioskowana dokumentacja będzie wykorzystana w celu:

- kontynuacji leczenia.
- inne (jakie)

.....
Data

.....
czytelny podpis osoby
ubiegającej się dokumentację