

.....
Miejscowosc i data sporządzenia wniosku
SZPZLO Warszawa Bemowo-Włochy
Ul. Gen. Meriana C. Coopera 5
01-315 Warszawa

Wniosek o udostępnienie dokumentacji medycznej

1. WNIOSKODAWCA

Imię i Nazwisko:.....

PESEL:

Adres zamieszkania:.....

Telefon kontaktowy

2. DANE UCZNIĄ, KTÓREGO DOTYCZY WNIOSEK

Imię i Nazwisko:

PESEL:

Klasa:.....

3. ADRES DO WYSYŁKI DOKUMENTACJI UCZNIĄ (nazwa szkoły/placówka POZ):

.....

.....

.....

4. TYTUŁ PRAWNY DO UZYSKANIA DOKUMENTACJI

(proszę podkreślić właściwe)

- wniosek składa pacjent, którego dokumentacja dotyczy
- wniosek składa przedstawiciel ustawowy pacjenta, który niniejszym oświadcza, iż jest przedstawicielem ustawowym pacjenta
- wniosek składa osoba upoważniona przez pacjenta (należy dołączyć do wniosku oryginał upoważnienia),

5. OŚWIADCZENIE

Oświadczam, że rozumiem i akceptuję sposób i tryb udostępnienia dokumentacji medycznej ,(Dz.U Warszawa 19 kwietnia 2019
rozdział 7 art 27)

.....
data i podpis wnioskodawcy