



Wojewódzki Samodzielny Zespół Publicznych Zakładów Opieki Zdrowotnej

im. prof. Eugeniusza Wilczkowskiego w Gostyninie

09-500 Gostynin ul. Zalesie 1

Dyrekcja: tel: (024) 236-00-01, fax: (024) 235-80-89, Centrala: tel: (024) 236-00-10
e-mail: sekretariat@spzoz-zalesie.pl, strona www: www.spzoz-zalesie.pl

.....
Miejscowość, data

.....
(imię i nazwisko osoby uprawnionej do złożenia wniosku) *

.....
(adres osoby uprawnionej do złożenia wniosku)

.....
(telefon osoby składającej wniosek; adres e-mail)

.....
(PESEL, nazwa i nr dokumentu tożsamości osoby uprawnionej do złożenia wniosku)

Wniosek o udostępnienie dokumentacji medycznej

Wnoszę o udostępnienie dokumentacji medycznej : do wglądu/ poprzez sporządzenie jej wyciągu / odpisu/ kopii **

Pani(a)
(imię i nazwisko pacjenta, którego dotyczy dokumentacja, data urodzenia, PESEL)

.....
(adres zamieszkania pacjenta)

.....
(wyszczególnienie rodzaju dokumentacji medycznej i okresu czasu, z którego pochodzi)

.....
(podpis osoby uprawnionej do złożenia wniosku)

* pacjent, którego dotyczy dokumentacja, jego przedstawiciel ustawowy, opiekun prawny (opiekun przedstawia oryginał postanowienia o ustanowieniu opiekuna prawnego, a jego kserokopię załącza się do wniosku), osoba upoważniona przez pacjenta (oryginał upoważnienia dołącza się do wniosku).

** niepotrzebne skreślić