

Końskie, dnia.....

Załącznik nr 9 do PO/O/38

**WNIOSEK O UDOSTĘPNIENIE DOKUMENTACJI MEDYCZNEJ NR.....
PACJENTOWI/ OSOBIE UPOWAŻNIONEJ PRZEZ PACJENTA/PRZEDSTAWICIELOWI USTAWOWEMU***

Proszę o udostępnienie dokumentacji medycznej Pani(a).....

.....PESEL.....

hospitalizowanego(ej) w oddziale.....nr historii choroby/rok.....

leczonego(ej) w Poradni Specjalistycznej.....nr historii choroby/rok.....

Zakres udostępnianej dokumentacji medycznej.....

Sposób udostępnienia dokumentacji medycznej: wyciąg, odpis, kopia, wydruk z systemu, informatyczny nośnik danych, oryginał (właściwe podkreślić)

.....
Data i podpis pracownika DSAD udostępniającego dokumentację pacjenta

.....
Data, imię i nazwisko pacjenta/osoby upoważnionej przez pacjenta przedstawiciela ustawowego

*niepotrzebne skreślić

Wydanie V z dnia 22.05.2017; KP-1/RF/91

Końskie, dnia.....

Załącznik nr 9 do PO/O/38

**WNIOSEK O UDOSTĘPNIENIE DOKUMENTACJI MEDYCZNEJ NR.....
PACJENTOWI/ OSOBIE UPOWAŻNIONEJ PRZEZ PACJENTA/PRZEDSTAWICIELOWI USTAWOWEMU***

Proszę o udostępnienie dokumentacji medycznej Pani(a).....

.....PESEL.....

hospitalizowanego(ej) w oddziale.....nr historii choroby/rok.....

leczonego(ej) w Poradni Specjalistycznej.....nr historii choroby/rok.....

Zakres udostępnianej dokumentacji medycznej.....

Sposób udostępnienia dokumentacji medycznej: wyciąg, odpis, kopia, wydruk z systemu, informatyczny nośnik danych, oryginał (właściwe podkreślić)

.....
Data i podpis pracownika DSAD udostępniającego dokumentację pacjenta

.....
Data, imię i nazwisko pacjenta/osoby upoważnionej przez pacjenta przedstawiciela ustawowego

*niepotrzebne skreślić

Wydanie V z dnia 22.05.2017; KP-1/RF/91