Przychodnia Lekarska Diamed Sp. z o.o.
30-695 Kraków, ul. Schweitzera 7,
Tel. 12 371 19 00 Fax: 12 371 19 33
061/200072

WNIOSEK O WYDANIE KOPII DOKUMENTACJI MEDYCZNEJ

z dnia ……………………………

Dane pacjenta:

Nazwisko

Imię

PESEL

Ulica / nr domu

Kod pocztowy, Miejscowość

Zwracam się z prośbą o wydanie kopii dokumentacji medycznej mojej historii choroby znajdującej się w Państwa posiadaniu.

za okres od dnia: ……/…../……..... r do dnia: …./…../……..... r

……………………………………..….. Data i podpis osoby przyjmującej wniosek

…………………………………………… Data i podpis osoby składającej wniosek

- -

POTWIERDZENIE ODBIORU KOPII DOKUMENTACJI MEDYCZNEJ

☐ dokumentację odbiorę osobiście
Potwierdzam odbiór kopii dokumentacji medycznej mojej historii choroby.

……………………………………..….. Data i podpis osoby wydającej dokumentację

… ………………………………………… Data i podpis osoby odbierającej dokumentację

☐ dokumentację proszę przesłać na adres e-mail: ..……………………………@……………
Potwierdzam wysłanie dokumentacji medycznej

……………………………………..….. Data i podpis osoby wydającej dokumentację