

.....
miejsowość, data

WNIOSEK O WYDANIE DOKUMENTACJI MEDYCZNEJ

Dane wnioskodawcy:

.....
imię i nazwisko

.....
adres zamieszkania

.....
PESEL

.....
telefon kontaktowy

**Dyrektor Medyczny
SPEKTRUM Sp. z o.o.
ul. Zaolziańska 4,
53-334 Wrocław**

Zwracam się z prośbą o wydanie/ przesłanie* kserokopii dokumentacji medycznej mojego leczenia/
leczenia mojego dziecka*, którego jestem przedstawicielem ustawowym w SPEKTRUM

Imię i nazwisko.....

PESEL

Adres zamieszkania.....

Zakres żądanej dokumentacji:

- a) z leczenia ambulatoryjnego.....
b) z leczenia szpitalnego.....

Czy wymagane potwierdzenie za zgodność z oryginałem: NIE TAK

Odbiór dokumentacji: osobiście/osoba upoważniona (na podstawie pisemnego Upoważnienia,
stanowiącego załącznik nr 1 do niniejszego wniosku) /pocztą na adres*

.....

.....

Zobowiązuje się również do pokrycia w całości kosztów wykonania kserokopii/ i przesłania*
dokumentacji medycznej.

.....
data i podpis wnioskodawcy

*Podstawa prawna: art. 26, 27 i 28 Ustawy o prawach Pacjenta i Rzeczniku Praw Pacjenta
(dz. U. z 2017 r. poz. 1318 ze zm.)*

*Niepotrzebne skreślić

Wyd. 5.0. z dnia 20.02.2019