

.....
Nazwisko i imię wnioskodawcy

.....
Adres wnioskodawcy

.....
Dowód tożsamości wnioskodawcy

Krakowski Ośrodek Rehabilitacji Wieku Rozwojowego
31-532 Kraków, ul. Prochowa 12

Wniosek o udostępnienie dokumentacji medycznej

Zwracam się z prośbą o wydanie oryginału dokumentacji medycznej:

1. Pacjenta:
.....
.....

2. Dokumentacja dotyczy leczenia we wszystkich poradniach placówki.
.....

3. Dokumentacja dotyczy leczenia realizowanego przez wszystkich lekarzy.
.....

4. Za okres:
od do

5. Forma odbioru dokumentacji:

Odbiór:

osobisty

przez osobę upoważnioną:
Nazwisko i imię, dowód tożsamości

Zobowiązuję się do zwrotu nieuszkodzonej, kompletnej dokumentacji oraz do przestrzegania zasad poufności i ochrony danych osobowych

.....
Czytelny podpis wnioskodawcy

Potwierdzenie odbioru oryginału dokumentacji medycznej przez osobę wnioskującą

.....
Czytelny podpis wnioskodawcy

Potwierdzenie zwrotu wydanego oryginału dokumentacji medycznej w postaci kompletnej i nieuszkodzonej / niekompletnej lub uszkodzonej *

.....
Czytelny podpis pracownika Ośrodka

.....
Czytelny podpis wnioskodawcy

* *niepotrzebne skreślić*