

Telefon kontaktowy:

Łódź, dn.

WNIOSEK

1. Wnioskodawca

.....
Imię i nazwisko pacjenta

.....
Pesel

.....
Adres zamieszkania pacjenta

2. Dane osoby upoważnionej

.....
Imię, nazwisko

Dokumentacja medyczna dotyczy udzielonego świadczenia w Miejskim Centrum Medycznym "Śródmieście" sp. z o.o. w:

Poradni przy ulicy:

- Próchnika 11.....
- Pomorskiej 59/ Lumumby 14.....
- Piotrkowska 113.....

Szpitalu Ginekologiczno-Położniczym

- Izba Przyjęć.....
- Oddział
- Karta Zdrowia Dziecka

3. Wnioskuje o: *

- a. Wydanie kopii, wyciągu, odpisu, dokumentacji medycznej całej / od daty **
- b. Wyników badań..... ***
- c. Wgląd do dokumentacji medycznej całej/od daty **
- d. Wydania oryginału dokumentacji medycznej i jednocześnie zobowiązuje się do jej zwrotu niezwłocznie po jej wykorzystaniu do dnia **

4. Dokumentację wymienioną w pkt. 4*:

- Odbiorę osobiście
- Proszę przesłać na adres w pkt. 1
- Proszę o przekazanie kopii na nośniku danych (płytcie)
- Proszę przesłać na podany adres poczty elektronicznej

Dokumentację otrzymałem(-am)

Podpis osoby wydającej dokumentację

.....
/Data i podpis/

.....
/Data i podpis/