

CENTRUM MEDYCZNE G. Małaj, M. Wieczerzak-Skubis sp. j.
Centrum Psychiatrii i Psychoterapii Poznawczo-Behawioralnej
ul. Lwowska 12, 20-128 Lublin
NIP 946-266-30-18 REGON 365452469

WNIOSEK O UDOSTĘPNIENIE DOKUMENTACJI MEDYCZNEJ

Dane osoby wnioskującej o wydanie dokumentacji:

Imię i nazwisko:

PESEL:

Adres zamieszkania:

Numer telefonu kontaktowego:

Dane pacjenta, którego dokumentacja dotyczy:

(wypełnić w przypadku, gdy wnioskodawcą jest inna osoba niż pacjent)

Imię i nazwisko:

PESEL:

Kopię dokumentacji medycznej:

- odbiorę osobiście
- proszę wysłać na adres e-mail:
- proszę wysłać na adres:
- odbierze osoba upoważniona*:
 - imię i nazwisko:
 - numer dowodu osobistego:

**Wymagane wcześniejsze złożenie upoważnienia do uzyskiwania dokumentacji medycznej, ze wskazaniem osoby, która ma odebrać kopię dokumentacji medycznej. Druk dostępny w zakładce Dokumenty i regulaminy: Oświadczenia pacjenta lub przedstawiciela ustawowego.*

.....
miejsowość, data

.....
podpis wnioskodawcy