…….……..
miejscowość, data

WNIOSEK O WYDANIE DOKUMENTACJI MEDYCZNEJ

Wnioskodawca:
……
imię i nazwisko
……...
adres zamieszkania
……
PESEL
……
telefon kontaktowy

Dyrektor
Wrocławskie Centrum Okulistyczne
Markuszewski Markuszewska Sp. K.
ul. Zakładowa 11
50-231 Wrocław

Zwracam się z prośbą o wydanie / przesłanie* kserokopii dokumentacji medycznej mojego leczenia we Wrocławskim Centrum Okulistycznym / leczenia dziecka / leczenia osoby będącej po moją opieką*, którego/ej jestem przedstawicielem ustawowym:

Imię i nazwisko……..

Data urodzenia ……. PESEL ……....

Adres zamieszkania ……...

Zakres żądanej dokumentacji ……..…….....…….....

Czy wymagane potwierdzenie za zgodność z oryginałem:
□ tak
□ nie
Odbiór dokumentacji:
□ osobiście / osoba upoważniona (na podstawie pisemnego upoważnienia)
□ 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 2009 r. nr 52, poz. 417 z poźn. zm.).
* - zaznaczyć właściwe