

Wniosek o wydanie kopii dokumentacji medycznej

Gdańsk, dniar.

.....
Imię i nazwisko osoby występującej z wnioskiem

.....
Adres

**Dyrektor
Specjalistycznego Zespołu Opieki Zdrowotnej
nad Matką i Dzieckiem w Gdańsku
ul. Polanki 119
80 – 308 Gdańsk**

Proszę o wydanie kserokopii dokumentacji medycznej*:

z leczenia szpitalnego

.....
.....
.....
.....
.....
*(dane pacjenta, oddział, termin leczenia)**

z leczenia ambulatoryjnego

.....
.....
.....
.....
.....
*(dane pacjenta, poradnia, termin leczenia)**

.....
(czytelny podpis pacjenta, opiekuna prawnego)

* *niepotrzebne skreślić*

* *wypełniać drukowanymi literami*

Załącznik Nr 1 do Zarządzenia 25/2009 z dnia 23 lipca 2009 r. - „Wniosek o wydanie kopii dokumentacji medycznej”

Formularz jest własnością Specjalistycznego Zespołu Opieki Zdrowotnej nad Matką i Dzieckiem w Gdańsku, ul. Polanki 119.