

Wrocław, dnia

Wniosek o wgląd do dokumentacji medycznej znajdującej się w zasobach archiwalnych szpitala dotyczące:

- o Mojej osoby
- o Osoby, której jestem prawnym opiekunem
- o Posiadam upoważnienie (w dokumentacji medycznej lub w załączeniu)

1. DANE PACJENTA, którego dokumentacja dotyczy:

Nazwisko Imię PESEL

Przebywał:

Oddział..... data hospitalizacji.....

Poradnia data wizyty.....

Diagnostyka obrazowa (RTG, TK,MR,PET)

Badanie wykonano w czasie:

pobytu szpitalnego na oddziale..... w dniu

wizyty ambulatoryjnej w poradni..... w dniu

Płyta CD z badaniem RTG Płyta CD z badaniem TK/MR Płyta CD z badaniem PET

Inne szczególne (wymagany opis wniosku)

.....
.....

2. DANE WNIOSKODAWCY (w przypadku wglądu do dokumentacji medycznej przez inne osoby niż pacjent, dodatkowo wymagane jest jednorazowe upoważnienie):

Imię i nazwisko PESEL

Adres tel.

.....
(data i podpis wnioskodawcy)

Dokumentację do wglądu udostępniono dnia

.....
(data i podpis osoby udostępniającej dokumentację)

.....
(data i podpis osoby oglądającej dokumentację)