



WNIOSEK O UDOSTĘPNIENIE DOKUMENTACJI MEDYCZNEJ

Część I

Wypełnia Wnioskodawca

Proszę o udostępnienie dokumentacji medycznej w formie: kopii/ wydruku/ wyciągu/ odpisu*

jako: pacjent osoba upoważniona przedstawiciel ustawowy osoba bliska**

Z leczenia w Wojewódzkim Szpitalu Zespolonym im. L. Rydygiera w Toruniu w (nazwy komórek organizacyjnych):

.....
.....
.....

w zakresie (rodzaj dokumentów lub całość):

.....
.....
.....

w okresie:

.....
.....
.....

Dane wnioskodawcy:

imię i nazwisko:

.....

PESEL:

.....

Data i czytelny podpis:

.....

Dane pacjenta, którego dokumentacja dotyczy:

imię i nazwisko:

.....

PESEL:

.....

Potwierdzam odbiór dokumentacji medycznej (czytelny podpis pacjenta lub innej osoby uprawnionej):

.....

Część II

Wypełnia pracownik Wojewódzkiego Szpitala Zespolonego im. L. Rydygiera w Toruniu

Powyższe dane osobowe potwierdzam:

Data:

.....

.....

Uwagi:

* Niepotrzebne skreślić

**Wyłącznie w w przypadku zgonu pacjenta, osoba bliska w rozumieniu art.3 ust.1 pkt 2 ustawy z dnia 06.11.2008 r. o prawach pacjenta i Rzeczniku Praw Pacjenta