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:	**Dane pacjenta, którego dokumentacja dotyczy:**
imię i nazwisko:	imię i nazwisko:
……..	……..
PESEL:	PESEL:
……..	……..
Data i czytelny podpis:	
….....	

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