

N32 DENTAL CLINIC

.....
(data i miejscowość)

Wniosek o wydanie dokumentacji medycznej

Dane pacjenta:

.....
(Imię i nazwisko pacjenta)

.....
(Nr PESEL / Data urodzenia)

.....
(Imię i nazwisko Rodzica / Opiekuna prawnego - w przypadku dzieci poniżej 18 r.ż. oraz osób
ubezwłasnowolnionych)

.....
(Nr dokumentu tożsamości ze zdjęciem Pacjenta / Rodzica / Opiekuna prawnego)

.....
(Adres zamieszkania)

.....
(Telefon kontaktowy)

Prośba o wydanie dokumentacji medycznej *:

kopia dokumentacji medycznej (całość dok. Medycznej)

kopia dokumentacji medycznej (wybrani specjaliści)

.....
wyciągi / odpisy

.....
(data i podpis)

* zaznaczyć właściwe

* jeśli dotyczy

Podstawa Prawna: Ustawa o prawach pacjenta i Rzeczniku praw Pacjenta (Dz. U. z 2012 r. Nr 159, z późn. zm.)

N32 Dental Clinic, ul. Nowolipie 7A/U2
00-146 Warszawa
Tel. 790 600123
repcja@n32.pl