CENTRUM MEDYCZNE TULIPAN

WNIOSEK O WYDANIE DOKUMENTACJI MEDYCZNEJ

(Dokument do pobrania, wypełnienia i złożenia w rejestracji lub wysłania drogą elektroniczną)

I. Dane wnioskodawcy (osoby składającej wniosek)

- **Imię i nazwisko:** .....
- **PESEL:** .....
- **Numer telefonu:** .....
- **Adres zamieszkania:**.....
- **Wniosek składam jako:**
  - ☐ Pacjent
  - ☐ Przedstawiciel ustawowy pacjenta (rodzic / opiekun prawny)
  - ☐ Osoba upoważniona przez pacjenta *(wymagane pisemne upoważnienie)*

II. Dane pacjenta (wypełnić, jeśli inne niż wnioskodawcy)

- **Imię i nazwisko pacjenta:** .....
- **PESEL pacjenta:**.....
- **Data urodzenia:** .....
- **Adres zamieszkania:**.....

III. Zakres wnioskowanej dokumentacji

Wnoszę o udostępnienie dokumentacji medycznej za okres od **.....**
do **.....** z zakresu:

☐ Całość dokumentacji medycznej

☐ Historia chorób / karty wizyt

☐ Inne (proszę wskazać): .....

IV. Forma udostępnienia dokumentacji (zaznaczyć właściwe)

☐ **Wgląd** do dokumentacji w siedzibie Centrum Medycznego Tulipan

☐ **Wyciąg, odpis lub kopia** (postać papierowa – odbiór osobisty)

☐ **Przesłanie drogą elektroniczną** na adres e-mail: .....

V. Oświadczenie i podpis

Oświadczam, że dane zawarte we wniosku są zgodne ze stanem faktycznym. Informacje dotyczące zasad odpłatności oraz terminu realizacji wniosku są mi znane.

....

(Miejscowość, data) *(Czytelny podpis wnioskodawcy)*