

 <p>Specjalistyczny Szpital Wojewódzki w Ciechanowie</p>	FORMULARZ	Do Instrukcji Udostępnianie dokumentacji medycznej
	<i>Wniosek o udostępnienie dokumentacji medycznej</i>	Wydanie II
		Strona 1 z 1

.....
imię i nazwisko pacjenta (osoby uprawnionej)

.....
adres zamieszkania

**Specjalistyczny Szpital Wojewódzki
w Ciechanowie**

**WNIOSEK
o udostępnienie dokumentacji medycznej**

Proszę o udostępnienie dokumentacji medycznej*:

- do wglądu
- do wglądu z możliwością sporządzania notatek
- do wglądu z możliwością robienia zdjęć
- sporządzenie kopii (całości dokumentacji, części, wyników badań)
- na informatycznym nośniku danych (dotyczy badań radiologicznych)

(imię i nazwisko).....

..... PESEL..... z okresu

..... z (oddziału, poradni)

.....
.....
Podpis osoby składającej wniosek

Potwierdzenie odbioru dokumentacji

.....
Podpis osoby uprawnionej

.....
data odbioru dokumentacji

*właściwe podkreślić

Zastrzegamy wszelkie prawa do niniejszego dokumentu i zawartej w nim treści.
Powielanie oraz udostępnianie osobom trzecim bez zezwolenia pisemnego Dyrektora jest zabronione.