



SZPITAL POWIATOWY
im. Prałata J. Głowackiego
w Strzelcach Opolskich

WNIOSEK O UDOSTĘPNIENIE DOKUMENTACJI MEDYCZNEJ

IMIĘ I NAZWISKO WNIOSKODAWCY:

PESEL:

DATA URODZENIA:

DZIEŃ MIESIĄC ROK

ADRES:

ULICA NR KOD POCZTOWY MIEJSCOWOŚĆ

PROSZĘ O WYDANIE KOPII/ORYGINAŁU* DOKUMENTACJI/WGLĄD DO DOKUMENTACJI*

RODZAJ DOKUMENTACJI:

Z ODDZIAŁU: Z OKRESU:

IMIĘ I NAZWISKO PACJENTA:

PESEL:

DATA URODZENIA:

DZIEŃ MIESIĄC ROK

ADRES:

ULICA NR KOD POCZTOWY MIEJSCOWOŚĆ

SPOSÓB ODBIORU DOKUMENTACJI

WNOSKOWANĄ DOKUMENTACJĘ:

ODBIORĘ OSOBIŚCIE

PROSZĘ WYSLAĆ NA ADRES:

ULICA NR KOD POCZTOWY MIEJSCOWOŚĆ

ODBIERZE OSOBA UPOWAŻNIONA (UWAGA!!! UPOWAŃNIĆ MOŻE TYLKO PACJENT BĄDŹ PRZEDSTAWICIEL USTAWOWY):

IMIĘ I NAZWISKO:

LEGITYMUJĄCA SIĘ :

RODZAJ DOKUMENTU: SERIA: NR:

*niewłaściwe skreślić

.....
data i czytelny podpis wnioskodawcy



SZPITAL POWIATOWY
im. Prałata J. Głowackiego
w Strzelcach Opolskich

POTWIERDZENIE WPŁYWU

DATA WPŁYWU:
DZIEŃ MIESIĄC ROK

TERMIN ODBIORU/WYSYŁKI/UDOSTĘPNIENIA DO WGLĄDU:
DZIEŃ MIESIĄC ROK

.....
podpis pracownika

POTWIERDZENIE WYDANIA DOKUMENTACJI

DOKUMENTACJA OZNACZONA NR ZOSTAŁA:

ODEBRANA OSOBIŚCIE PRZEZ PACJENTA

WYSŁANA POCZTĄ NA WSKAZANY ADRES W DNIU: :
DZIEŃ MIESIĄC ROK

ODEBRANA PRZEZ OSOBĘ UPOWAŻNIONĄ:

O UPOWAŻNIENIE W DOKUMENTACJI MEDYCZNEJ

O UPOWAŻNIENIE W NINIEJSZYM WNIOSKU

O ODREBNE UPOWAŻNIENIE ZAŁĄCZONE DO WNIOSKU

NALICZONO OPŁATĘ W WYSOKOŚCI

.....
data i podpis pracownika wydającego dokumentację

POTWIERDZENIE ODBIORU DOKUMENTACJI

POTWIERDZAM ODBIÓR WNIOSKOWANEJ DOKUMENTACJI.

.....
data i podpis osoby odbierającej dokumentację

TOŻSAMOŚĆ OSOBY ODBIERAJĄCEJ POTWIERDZONA NA PODSTAWIE:

RODZAJ DOKUMENTU: SERIA: NR:

.....
data i podpis pracownika wydającego dokumentację