F 52 / PS B4/1

 Toruń, dn. …………………………………………

 Do Dyrektora

 Zakładu Pielęgnacyjno-Opiekuńczego

Wniosek o wydanie dokumentacji medycznej

Wnioskuję o udostępnienie dokumentacji medycznej związanej z pobytem w Zakładzie Pielęgnacyjno-Opiekuńczym w Toruniu, ul. Ligi Polskiej 8 Pani/ Pana…………………………………………………. ………………………………………………………………………. w celu ……………………………………………………………………….. …………………………………………………………………………………………………………………………………………………………….

 ………………………………………………………….

 Podpis pacjenta/ osoby upoważnionej

Wyrażam/ nie wrażam zgodę:

………………………………………………………..

Podpis dyrektora

Dokumentację medyczną udostępniono dnia ………………………………………………………… st. ……………………..

Opłata za udostępnienie dokumentacji ……………………………………………………………………

………………………………………………………… …………………………………………………………

Podpis osoby wydającej dokumenty Podpis osoby odbierającej dokumenty