

Bielsko-Biała,.....

**Wniosek o udostępnienie dokumentacji medycznej pacjenta
Beskidzkiego Centrum Onkologii-Szpitala Miejskiego
im. Jana Pawła II w Bielsku-Białej**

I Wnioskodawca:

Imię i Nazwisko.....

Adres zamieszkania.....

Rodzaj, seria i nr dowodu tożsamości.....

Telefon kontaktowy.....

II Dokumentacja medyczna dotyczy:

Imię i Nazwisko.....

Pesel.....

Adres zamieszkania.....

III Wnoszę o udostępnienie dokumentacji medycznej w formie (właściwe zakreślić)

oryginału kopii

z leczenia w:

poradniach specjalistycznych

obejmująca okres od..... do.....

oddziałach szpitalnych

obejmująca okres od..... do.....

.....
data, czytelny podpis wnioskodawcy

IV Potwierdzenie odbioru dokumentacji medycznej

.....
Data, podpis pracownika wydającego

.....
data, czytelny podpis odbierającego