.....
imię i nazwisko

……
Adres zamieszkania

WNIOSEK
O WYDANIE KOPII DOKUMENTACJI MEDYCZNEJ

Do Dyrekcji SPZOZ w Bochni „Szpital Powiatowy" im. Bł. Marty Wieckiej

Proszę o wydanie kopii dokumentacji medycznej …….....
imię i nazwisko osoby której dokumentacja dotyczy

……Pesel……..
Adres zamieszkania

……
Komórka organizacyjna w której udzielono świadczenia

…….....
Data udzielenia świadczenia

…… ……
(Miejscowość, data) Podpis

Na podst. Rozporządzenia Ministra Zdrowia z dnia 9 listopada 2015r. w sprawie rodzajów, zakresu i wzorów dokumentacji medycznej oraz sposobu jej przetwarzania.

Zastrzegamy wszelkie prawa do niniejszego dokumentu i zawartej w nim treści. Powielanie oraz udostępnianie osobom nieupoważnionym bez pisemnego zezwolenia Dyrektora lub Pełnomocnika Dyrektora ds. Zarządzania Jakością jest zabronione.