

WNIOSEK O WYDANIE DOKUMENTACJI MEDYCZNEJ

Centrum Zdrowia Psychicznego Tychy część V SRKI 01
Al. Jana Pawła II 24, 43-100 Tychy
Centrum Psychiatrii Środowiskowej Feniks Kareł i Wspólnicy spółka jawna
ul. Cieszyńska 2/4, 41-800 Zabrze KR 000000161854 NFZ 126/213098 REGON
24273716700028

DANE WNIOSKODAWCY

Imię i nazwisko

PESEL

Telefon kontaktowy

Rodzaj dokumentu tożsamości (seria i numer)

**Zwracam się z prośbą o wydanie dokumentacji medycznej
dotyczącej mojego leczenia**

W

Dokumentację medyczną: odbiorę osobiście / odbierze upoważniona poniżej osoba:

.....
(imię i nazwisko, nr dokumentu tożsamości)

Zobowiązuję się również do pokrycia w całości kosztów wydania dokumentacji medycznej.

.....
data i podpis wnioskodawcy

Podstawa prawna: art. 26, 27 i 28 Ustawy o prawach Pacjenta i Rzeczniku Praw Pacjenta (Dz. U. z 2009 r. Nr 52, poz. 417 ze zm.).