

.....

Katowice dnia,

(imię/imiona, nazwisko, PESEL)

.....

(adres zamieszkania, stałego pobytu)

.....

SZPITAL MURCKI SP. Z O.O. KATOWICE

(adres do korespondencji)

WNIOSEK O UDOSTĘPNIENIE DOKUMENTACJI MEDYCZNEJ

W imieniu własnym/ Pana- Pani*.....(PESEL:.....)

wnoszę o udostępnienie dokumentacji medycznej własnej/Pana- Pani*.....

(PESEL.....) z:

1. Pobytu na Oddziale (Oddziałach)*:.....

2. Poradniach Specjalistycznych:*.....

3. Zakładu Pielęgnacyjno- Opiekuńczego.

poprzez: a) wgląd w ww. dokumentację,) sporządzenie wyciągu/odpisu/kopii ww dokumentacji - całości/części*- podaję numery stron lub nazwy poszczególnych kart dokumentacji:.....

.....

.....

.....

(podpis)

Załączniki:.....

* niewłaściwe skreślić - właściwe uzupełnić

Wysokość opłat za wyciąg,odpis lub kopię dokumentacji medycznej, określa Zarządzenie Dyrektora nr 33/2010 z dnia 22.07.2010