

Załącznik nr 1

.....
miejsowość, data

**Wniosek
o udostępnienie dokumentacji medycznej do wglądu**

CZĘŚĆ I

1. Wnioskodawca

Imię i Nazwisko:

Adres zamieszkania:

Nr PESEL:

--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--

Numer telefonu kontaktowego:

2. Dokumentacja medyczna dotyczy*:

Imię i Nazwisko:

Adres zamieszkania:

Nr PESEL:

--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--

Numer telefonu kontaktowego:

3. Ja niżej podpisany/a legitymujący/a się dowodem osobistym Seria..... Nr.....
zwracam się z prośbą o udostępnienie do wglądu dokumentacji medycznej sporządzonej w Centrum
Medycznym MAVIT w okresie od do
w Oddziale/Poradni**

.....
czytelny podpis Wnioskodawcy

Centrum Medyczne MAVIT poinformuje Wnioskodawcę telefonicznie o proponowanym terminie wglądu w dokumentację medyczną (do 7 dni roboczych od daty złożenia wniosku).

Wgląd w dokumentację medyczną odbywa się wyłącznie w placówce Centrum Medycznego MAVIT w obecności lekarza.

CZĘŚĆ II

Potwierdzenie wglądu

Potwierdzam dokonanie wglądu w dokumentację medyczną w dniu

.....
podpis i pieczęć Lekarza CM MAVIT

.....
czytelny podpis Wnioskodawcy

* wypełnić w przypadku, gdy o udostępnienie dokumentacji zwraca się przedstawiciel ustawowy pacjenta lub osoba upoważniona (zgodnie z upoważnieniem znajdującym się w indywidualnej dokumentacji pacjenta)

** niepotrzebne skreślić