KRIOSONIK
centrum medyczne i rehabilitacji

DANE WNIOSKODAWCY:

.....
miejscowość i data

.....
imię i nazwisko

.....
PESEL

.....
adres zamieszkania

.....
nr telefonu

WNIOSEK O UDOSTĘPNIENIE ZBIORCZEJ DOKUMENTACJI MEDYCZNEJ

Działając: ☐ w imieniu własnym / ☐ jako przedstawiciel ustawowy / ☐ jako osoba upoważniona zwracam się o udostępnienie dokumentacji medycznej pacjenta:

Imię i nazwisko: .....

Adres: .....

PESEL | | | | | | | | | | | |

☐ w oryginale do wglądu w placówce CMiR KRIOSONIK

☐ w oryginale z obowiązkiem zwrotu po wykorzystaniu

☐ przez wydanie kopii

☐ przez wydanie odpisu

☐ przez wydanie wyciągu obejmującego ....., w formie*

☐ wydruku

☐ poprzez przekazanie informatycznego nośnika danych z zapisaną dokumentacją (płyta CD/DVD)

☐ poprzez dokonanie elektronicznej transmisji dokumentacji na adres e-mail

Wniosek dotyczy dokumentacji prowadzonej w komórce organizacyjnej Centrum Medycznego i Rehabilitacji KRIOSONIK np. ul. Wysockiego 51, 02-303 Warszawa:

☐ Poradnia ..... / ☐ Dział Fizjoterapii / ☐ Ośrodek Rehabilitacji Dziennej

w okresie od ..... do ..... .

Dokumentację ☐ odbiorę osobiście / ☐ proszę przesłać na adres: .....

.....
czytelny podpis

** wypełnia się w przypadku dokumentacji prowadzonej w formie elektronicznej*