

Telefon kontaktowy:

Łódź, dn.

WNIOSEK

1. Wnioskodawca

.....
Imię i nazwisko pacjenta

.....
Pesel

.....
Adres zamieszkania pacjenta

2. Dane osoby upoważnionej

.....
Imię, nazwisko

Dokumentacja medyczna dotyczy udzielonego świadczenia w Centrum Medycznym im. dr L. Rydygiera w Łodzi w:

- Izbie Przyjęć
- Oddziale
- Poradni przy ulicy: Pomorskiej 59 / Próchnika 11 / Lumumby 14 / Piotrkowska 113*

3. Wnioskuje o: *

- Wydanie kopii, wyciągu, odpisu, dokumentacji medycznej całej / od daty **
- Wyników badań***
- Wgląd do dokumentacji medycznej całej/od daty **
- Wydania oryginału dokumentacji medycznej i jednocześnie zobowiązuje się do jej zwrotu niezwłocznie po jej wykorzystaniu do dnia

4. Dokumentację wymienioną w pkt. 4*:

- Odbiorę osobiście
- Proszę przesłać na adres w pkt. 1
- Proszę o przekazanie kopii na nośniku danych (płytcie)
- Proszę przesłać na podany adres poczty elektronicznej

Dokumentację otrzymałem(-am)

Podpis osoby wydającej dokumentację

/Data i podpis/

/Data i podpis/