

Dyrektor
Wojewódzkiego Zespołu Lecznictwa Psychiatrycznego
w Olsztynie

WNIOSEK

dotyczy: udostępniania dokumentacji medycznej

Imię i nazwisko osoby uprawnionej.....

PESEL.....

Adres.....

Wnoszę o udostępnienie dokumentacji medycznej poprzez:

* umożliwienie wglądu w Wojewódzkim Zespole Lecznictwa Psychiatrycznego

* sporządzenie: a) * wyciągów b) * odpisów c) * kopii d) * wydruków

* na informatycznym nośniku danych

* żądam wydania oryginału dokumentacji medycznej w postaci papierowej za pokwitowaniem odbioru i z zastrzeżeniem zwrotu po wykorzystaniu: dotyczy sytuacji, gdy zwłoka w wydaniu dokumentacji medycznej mogłaby spowodować zagrożenie życia lub zdrowia pacjenta

.....
data i podpis osoby uprawnionej

* właściwe zakreślić