

Gdańsk, dnia

Wniosek nr/20.....

wydanie wyniku badania histopatologicznego

1. Wynik badania dotyczy Pacjenta

Imię i nazwisko

Adres zamieszkania

PESEL

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

Numer telefonu

2. Wnioskodawca*

Imię i nazwisko

Adres zamieszkania

PESEL

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

3. Sposób realizacji wniosku o udostępnienie dokumentacji medycznej określonej w pkt. 2

<input type="checkbox"/>
<input type="checkbox"/>
<input type="checkbox"/>
<input type="checkbox"/>

odbiór osobisty lub osoba przeze mnie upoważniona

wysłanie listem poleconym

za pośrednictwem środków komunikacji elektronicznej. Adres e-mail:

na informatycznym nośniku danych

.....

czytelny podpis wnioskodawcy

Potwierdzenie udostępnienia

Tożsamość osoby odbierającej kserokopię dokumentacji medycznej zweryfikowano na podstawie dokumentu ze zdjęciem

Imię i nazwisko:

.....

PESEL:

.....

Seria i numer dowodu osobistego¹:

.....

Potwierdzam odbiór kopii/odpisu dokumentacji medycznej zgodnie ze złożonym wnioskiem.

.....
(data, imię, nazwisko, podpis osoby dokonującej odbioru dokumentacji medycznej)

.....
(data, imię, nazwisko, podpis osoby wydającej dokumentację medyczną)

W przypadku przesłania kopii/odpisu dokumentacji medycznej pod wskazany adres, dowodem odbioru jest data doręczenia przesyłki oraz podpis na druku zwrotnego potwierdzenia odbioru.

W przypadku przesłania za pośrednictwem środków komunikacji elektronicznej. *Potwierdzeniem jest wydruk wysłanej informacji.*

1 W przypadku braku nr PESEL