Warszawa, dnia

 **WNIOSEK O WYDANIE DOKUMENTACJI MEDYCZNEJ**

Imię (imiona )i nazwisko Pacjenta.....................................................................................

Nr PESEL..........................................................................................................................

telefon do kontaktu............................................................................................................

adres e-mail do kontaktu...................................................................................................

adres do korespondencji...................................................................................................

***\**** W przypadku osób , które nie mają nadanego numeru PESEL rodzaj i numer dokumentu potwierdzającego tożsamość.............................................................................................

\* W przypadku dzieci ponizej 18 roku życia oraz osób ubezwłasnowolnionych

imię i nazwisko Rodzica /Opiekuna prawnego.................................................................

Zwracam się z prośbą o wydanie dokumentacji medycznej z opisem mojego leczenia stomatologicznego w Specjalistycznej Przychodni Stomatologicznej TRIO-DENT w celu

□ kontynuacji leczenia
□ do innych celów (np. dla firmy ubezpieczeniowej)

Informacje dodatkowe.........................................................................................................

Dokumentację odbiorę:

**□**  osobiście

□ proszę o przesłanie dokumentacji pocztą na wyżej podany adres do korespondencji

Do odbioru mojej dokumentacji medycznej upoważniam……………………………………

legitymującą/ego się dowodem osobistym o numerze ……………………………..............

telefon kontaktowy..............................................................................................................

Oswiadczam,że zostałem /am poinformowany o kosztach udostępniania dokumentacji medycznej.

 ………………………

 czytelny podpis

Potwierdzam odbiór dokumentacji w dniu…………………….

1.

2.

3.

 …. .…..........................

 czytelny podpis

*\** wypełnic jeśli dotyczy

*Podstawa Prawna : Ustawa z dnia 6 listopada 2008 r. o prawach pacjenta i Rzeczniku Praw Pacjenta (Dz.U.z 2016 roku poz.186 z późn. zm.)*