

Kraków, dn.

WNIOSEK O WYDANIE KOPII DOKUMENTACJI MEDYCZNEJ

Zwracam się z prośbą do Administratora moich danych – Centrum Diagnostyki EEG-GRAF RC sp. z o.o., o wydanie kopii dokumentacji medycznej:

- kserokopii historii zdrowia i choroby z okresu:, lub
- kopii opisu badania EEG z dnia:

dla celów:,
należącej do:

DANE PACJENTA

Imię i nazwisko pacjenta	
PESEL pacjenta	
Adres zamieszkania pacjenta	
Telefon kontaktowy	
e-mail	

Podpis osoby wnioskującej:

DANE PRZEDSTAWICIELA USTAWOWEGO

(w przypadku osób nieletnich/nieposiadających praw do czynności prawnych)

Imię i nazwisko	
Adres zamieszkania	
Telefon kontaktowy	

Oświadczam, że jestem przedstawicielem ustawowym pacjenta.

Podpis:

Potwierdzam odbiór kopii dokumentacji:

czytelny podpis:

miejsowość, data:

wydał/a: