



DOLNOŚLĄSKIE CENTRUM CHOROÓB PŁUC

WE WROCLAWIU

53-439 WROCLAW UL. GRABISZYŃSKA 105

Wrocław, dnia

Wniosek o wgląd do dokumentacji medycznej znajdującej się w zasobach archiwalnych szpitala dotyczącej:

- Mojej osoby
- Osoby, której jestem prawnym opiekunem
- Posiadam upoważnienie (w załączniku)

1. DANE PACJENTA, którego dokumentacja dotyczy :

Nazwisko Imię PESEL

Przebywał:

Oddział daty hospitalizacji.....

Poradnia data wizyty.....

Diagnostyka obrazowa (RTG, CT)

Badanie wykonano w czasie:

pobytu szpitalnego w oddziale..... w dniu

wizyty ambulatoryjnej w poradni..... w dniu

Płyta CD z badaniem RTG Płyta CD z badaniem CT Klisza RTG

Inne szczególne (wymagany opis wniosku)

.....

2. DANE WNIOSKODAWCY (w przypadku odbioru kopii dokumentacji przez inne osoby niż wnioskodawca wymagane jest upoważnienie)

Imię i nazwisko PESEL

Adres tel.

.....
 (data i podpis wnioskodawcy)

Dokumentację do wglądu udostępniono dnia

.....
 (data i podpis osoby udostępniającej dokumentację)

.....
 (data i podpis osoby oglądającej dokumentację)