

**WNIOSEK**

ID.....

Bydgoszcz, dn.

.....
Imię i nazwisko pacjenta.....
Adres.....
PESEL**Dyrektor
Centrum Onkologii
w Bydgoszczy**

Na podstawie Rozporządzenia Ministra Zdrowia z dnia 21 grudnia 2010 r. w sprawie rodzajów i zakresu dokumentacji medycznej w zakładach opieki zdrowotnej oraz sposobu jej przetwarzania (Dz. U. nr 252 poz.1697) oraz Ustawy z dnia 6 listopada 2008 r. o prawach pacjenta i Rzeczniku Praw Pacjenta (Dz. Ust. nr 52 poz. 417)

proszę o wyrażenie zgody na wydanie kserokopii dokumentacji medycznej:

- z leczenia ambulatoryjnego –
- z leczenia szpitalnego –
- z leczenia rehabilitacyjnego –
- z badania radiologicznego –

celem.....

.....
czytelny podpis

**WNIOSEK**

ID.....

Bydgoszcz, dn.

.....
Imię i nazwisko pacjenta.....
Adres.....
PESEL**Dyrektor
Centrum Onkologii
w Bydgoszczy**

Na podstawie Rozporządzenia Ministra Zdrowia z dnia 21 grudnia 2010 r. w sprawie rodzajów i zakresu dokumentacji medycznej w zakładach opieki zdrowotnej oraz sposobu jej przetwarzania (Dz. U. nr 252 poz.1697) oraz Ustawy z dnia 6 listopada 2008 r. o prawach pacjenta i Rzeczniku Praw Pacjenta (Dz. Ust. nr 52 poz. 417)

proszę o wyrażenie zgody na wydanie kserokopii dokumentacji medycznej:

- z leczenia ambulatoryjnego –
- z leczenia szpitalnego –
- z leczenia rehabilitacyjnego –
- z badania radiologicznego –

celem.....

.....
czytelny podpis



WNIOSEK

Wydano dnia.....

Dokument potwierdzający tożsamość

dowód osobisty

paszport

inny

Podpis odbierającego.....

Podpis wydającego.....



WNIOSEK

Wydano dnia.....

Dokument potwierdzający tożsamość

- dowód osobisty
- paszport
- inny

Podpis odbierającego.....

Podpis wydającego.....