

WNIOSEK O UDOSTĘPNIENIE DOKUMENTACJI MEDYCZNEJ

1. Wniosek do:

Działu Statystyki Medycznej

OPOLSKIEGO CENTRUM ONKOLOGII w Opolu, ul. Katowicka 66A, 45-061 Opole

2. Wnioskodawca - **pacjent, opiekun prawny, osoba upoważniona przez pacjenta**

(właściwe podkreślić)

nazwisko i imię

adres zamieszkania, kod pocztowy

pesel *nr dow. osobistego*

telefon kontaktowy.....

3. Dane pacjenta, którego dokumentacja ma być udostępniona (jeśli nie są to informacje

o pacjencie podane w

ust.2)

.....

.....

.....

(nazwisko, imię i adres zamieszkania pacjenta, pesel, nr dok. tożsamości- np. dowodu osobistego, numer telefonu)

4. Zakres żądanych informacji ze zbioru dokumentacji medycznej

OCO:

.....

.....

5. Informacje umożliwiające wyszukanie w zbiorze dokumentacji medycznej

OCO:

6. Ustalony termin (data) udostępnienia dokumentacji

7.

.....

(data, podpis osoby przyjmującej wniosek)

.....

(data, podpis i wnioskodawcy)

Ilość stron kserokopii*cena jedn. = koszt usługi w zł.

.....
(data, podpis odbierającego dokumentację medyczną, nr dokumentu tożsamości)

.....
podpis osoby wydającej dokumenty