

# Wniosek o udostępnienie dokumentacji medycznej

Do Zarządu TPCCH "Hospicjum im.św. Łazarza", ul. Fatimska 17, 31-831 Kraków

## Wnioskodawca:

Imię i nazwisko \_\_\_\_\_

Adres zamieszkania \_\_\_\_\_

Nr PESEL: \_\_\_\_\_ Nr tel. kontaktowego \_\_\_\_\_

## Dokumentacja medyczna dotyczy (wypełnić gdy wnioskodawcą nie jest pacjent)

Imię i nazwisko pacjenta \_\_\_\_\_

Imiona rodziców \_\_\_\_\_

Data i miejsce urodzenia. \_\_\_\_\_

Data wypisu \_\_\_\_\_ lub Data zgonu \_\_\_\_\_

## Zwracam się z prośbą o udostępnienie (zaznacz właściwe pole):

kserokopii  oryginału do wglądu w siedzibie Hospicjum  inna forma (wpisz).....

.....

## z leczenia (zaznacz i podaj daty: dzień, miesiąc, rok):

w Hospicjum Stacjonarym za okres od .....do .....

całość historii choroby  Karta informacyjna  inne .....

w Hospicjum Domowym za okres od .....do .....

całość historii choroby  Karta informacyjna  inne .....

w Poradni Medycyny Paliatywnej za okres od .....do .....

całość historii choroby  wyniki badań  inne .....

w Poradni Obrzęku Limfatycznego za okres od .....do .....

całość historii choroby  wyniki badań inne .....

Dokumentację medyczną (zaznacz właściwe):  odbiorę osobiście

odbierze osoba przeze mnie upoważniona

\_\_\_\_\_  
czytelny podpis wnioskodawcy

Zgoda / brak zgody\* na udostępnienie str. \_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_  
podpis osoby upoważnionej \* niepotrzebne skreślić