

FORMULARZ CELEM PRZYGOTOWANIA KSEROKOPII DOKUMENTACJI MEDYCZNEJ

Warszawa, dnia .....

Prosimy wypełnić DRUKOWANYMI LITERAMI.

DANE PACJENTA

Imię i nazwisko	
Numer PESEL	
Adres	
Telefon	

ODBIÓR DOKUMENTACJI MEYCZNEJ DO **PIĘCIU DNI**  
ROBOCZYCH OSOBIŚCIE PO OKAZANIU DOKUMENTU  
TOŻSAMOŚCI LUB PRZEZ OSOBY UPOWAŻNIONE DROGĄ  
PISEMNA.

Proszę o przygotowanie kserokopii:

- Karty szczepień pacjenta niepełnoletniego
- Całej dokumentacji medycznej
- Niepełnej dokumentacji medycznej:  
od \_\_\_/\_\_\_/\_\_\_ - do \_\_\_/\_\_\_/\_\_\_

Z PORADNI | PRACOWNI:

.....

\_\_\_\_\_  
Podpis pacjenta

FORMULARZ CELEM PRZYGOTOWANIA KSEROKOPII DOKUMENTACJI MEDYCZNEJ

Warszawa, dnia .....

Prosimy wypełnić DRUKOWANYMI LITERAMI.

DANE PACJENTA

Imię i nazwisko	
Numer PESEL	
Adres	
Telefon	

ODBIÓR DOKUMENTACJI MEYCZNEJ DO **PIĘCIU DNI**  
ROBOCZYCH OSOBIŚCIE PO OKAZANIU DOKUMENTU  
TOŻSAMOŚCI LUB PRZEZ OSOBY UPOWAŻNIONE DROGĄ  
PISEMNA.

Proszę o przygotowanie kserokopii:

- Karty szczepień pacjenta niepełnoletniego
- Całej dokumentacji medycznej
- Niepełnej dokumentacji medycznej:  
od \_\_\_/\_\_\_/\_\_\_ - do \_\_\_/\_\_\_/\_\_\_

Z PORADNI | PRACOWNI:

.....

\_\_\_\_\_  
Podpis pacjenta

