



Klasztor Podwyższenia Krzyża Świętego Zakonu
Braci Mniejszych Konwentualnych (Franciszkanów)
NIP: 959-12-18-378 REGON: 040013483



ul. Franciszkańska 10, 26-060 Chęciny
tel. +48/41 315 11 40; tel. kom. 664-064-569

ul. 11 Listopada 15, 28-230 Połaniec
tel. +48/15 865 07 38; tel. kom. 784-583-558

WNIOSEK O UDOSTĘPNIENIE DOKUMENTACJI MEDYCZNEJ

Dane osoby wnioskującej:

Imię i nazwisko osoby wnioskującej:

PESEL:

Adres:

Telefon kontaktowy:

Osoba wnioskująca jest:

- Pacjentem
- Osobą upoważnioną przez Pacjenta
- Przedstawicielem ustawowym Pacjenta
- Osobą bliską dla zmarłego Pacjenta

Dane Pacjenta, którego dotyczy wniosek:

Imię i nazwisko:

PESEL:

Zakres wnioskowanej dokumentacji:

- Ośrodek Rehabilitacyjny dla Uzależnionych od Substancji Psychoaktywnych „San Damiano”
- Hostel dla Uzależnionych od Substancji Psychoaktywnych „RIVOTORTO”
- Poradnia Leczenia Uzależnień
- Poradnia Leczenia Uzależnień dla Dzieci i Młodzieży
- Poradnia Terapii Uzależnienia od Substancji Psychoaktywnych
- Hostel dla Uzależnionych od Alkoholu „Wspólnota”
- Poradnia Leczenia Uzależnień „Wspólnota”
- Poradnia Terapii Uzależnienia od Substancji Psychoaktywnych „Wspólnota”

Uwagi:

.....
Data

.....
Czytelny podpis osoby wnioskującej

Niniejszym potwierdzam odbiór dokumentacji medycznej w formie:

- Kserokopia
- Wydruk historii choroby
- Inny dokument (nazwa dokumentu):

.....
Data

.....
Czytelny podpis osoby wnioskującej

.....
Data i podpis osoby wydającej dokumentację