



**Wniosek o wgląd do dokumentacji medycznej
znajdującej się w zbiorach UKS PUM Sp. z o.o.**

Szczecin, dnia _____

1. Wnioskodawca:

Imię i Nazwisko _____

Adres zamieszkania _____

Nr PESEL

--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--

Numer telefonu kontaktowego _____

2. Dokumentacja medyczna dotyczy:

Imię i Nazwisko _____

Adres zamieszkania _____

Nr PESEL

--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--

3. Dokumentacja dotyczy leczenia w (podać nazwę poradni, datę i zakres świadczenia zdrowotnego):

(data i podpis Wnioskodawcy)

4. Dokumentację do wglądu udostępniono:

(data i podpis osoby mającej wgląd w dokumentację medyczną)

Dokumentację medyczną udostępniono po dokonaniu weryfikacji tożsamości:

data dokonania weryfikacji tożsamości: _____

identyfikator dokumentu (np. numer i seria dowodu osobistego): _____

(podpis osoby udostępniającej dokumentację medyczną)