

Wniosek o przekazanie dokumentacji medycznej

Nazwisko: _____

Imię: _____

Data urodzenia: _____

Zwolnienie z obowiązku zachowania tajemnicy lekarskiej

Ja _____ (imię i nazwisko drukowanymi literami)

wyrażam zgodę na przekazanie do

Przychodni dr. Jana Kadera

Kirchweg 7
47652 Weeze
Telefon 02837/2500

wszystkich moich wyników badań i dokumentów zgromadzonych w Państwa placówce przez cały okres mojego leczenia.

Niniejszym zwalniam placówkę _____

z obowiązku zachowania tajemnicy lekarskiej w zakresie przekazania dokumentacji medycznej, wyników badań oraz informacji.

Podpis

(Oryginał jest dostępny)