……….…………………………………………

Miejscowość i data

Pieczęć jednostki kierującej

**Wniosek o konsultacji dokumentacji leczenia pacjenta**

**Dane pacjenta:**

Imię i Nazwisko …………………………………………………………………………………………………………..

Data urodzenia …………………………………………….. Pesel …………………………………………………..

Adres zamieszkania …………………………………………………………………………………………………..

 ………………………………………………………………………………………………….

Imiona rodziców …………………………………………………………………………………………………………

**Telefon kontaktowy lekarza prowadzącego** :

**Rozpoznanie:**

**Cel konsultacji:**

**Załączona dokumentacja** (wyniki badań, karty informacyjne, opisy operacji itp.):

1. ………………………………………………………………………………………………………………………..……..
2. …………………………………………………………………………………………………………………………..….
3. ……………………………………………………………………………………………………………………………...
4. ……………………………………………………………………………………………………………………………….

Podpis lekarza kierującego Podpis osoby odpowiedzialnej za wydatkowanie środków

*(Dyrektor / Dyrektor ds. finansowych / Główny Księgowy)*