

.....
Imię i Nazwisko pacjenta

Chrzanów, dnia

.....
Adres

.....
PESEL

Zgoda / brak zgody na przywrócenie na listę oczekujących

Opinia: POZYTYWNA /NEGATYWNA

UZASADNIENIE:

OPINIA POZYTYWNA: Pacjent przedłożył stosowne dokumenty i uprawdopodobnił zaistniałe siły wyższe, przez co nie mógł zgłosić się w wyznaczonym terminie celem wykonania świadczenia zdrowotnego.

Ustalono termin na dzień:

.....

OPINIA NEGATYWNA: Przedłożone dokumenty nie potwierdzają zaistnienia siły wyższej, z powodu której pacjent nie mógłby się zgłosić w wyznaczonym terminie celem wykonania świadczenia.

.....

.....

.....

.....
Pieczętka i podpis lekarza