

WNIOSKODAWCA  
WNIOSEK O WYDANIE DOKUMENTACJI MEDYCZNEJ

Imię i nazwisko .....

Adres .....

DANE PACJENTA, KTÓREGO DOTYCZY WNIOSEK

Imię i nazwisko .....

Adres .....

Data urodzenia/Nr PESEL .....

Nr telefonu .....

WNIOSEK SKŁADA:

pacjent     przedstawiciel ustawowy pacjenta.

Proszę o udostępnienie dokumentacji medycznej:

do wglądu w siedzibie podmiotu leczniczego,

wydanie kserokopii dokumentacji medycznej

ZAKRES UDOSTĘPNIANEJ DOKUMENTACJI

poradni ..... data od – do .....

rodzaj dokumentacji:

.....  
(np. historia choroby, karta informacyjna, wyniki badań, inna)

Oświadczam, że pokryję koszty wykonania kopii dokumentacji.



.....

data i podpis wnioskodawcy

[ X ] odpowiednia zaznaczyć

=====

#### POKWITOWANIE

Potwierdzam odbiór .....  
(wyciągów, odpisów lub kopii oraz określenie ilości i rodzaju dokumentów)

z dokumentacji medycznej pacjenta .....  
(imię i nazwisko pacjenta)

.....  
(data i podpis osoby wydającej dokumentację)

.....  
(data i podpis wnioskodawcy)