

WNIOSEK O UDOSTĘPNIENIE DOKUMENTACJI MEDYCZNEJ

Imię i nazwisko

PESEL

Telefon kontaktowy

Ja, niżej podpisany, -a zwracam się z prośbą o wydanie mi kopii, wyciągu, odpisu, dokumentacji medycznej związanej z leczeniem pacjenta:

Imię i nazwisko

PESEL

Adres

Rodzaj dokumentacji medycznej:

nazwa oddziału / poradni / pracowni:

okres leczenia:

.....

miejsowość, data

.....

podpis wnioskodawcy

POTWIERDZENIE ODBIORU DOKUMENTACJI MEDYCZNEJ:

Potwierdzam odbiór wnioskowanej dokumentacji w dniu.....

.....
data i podpis osoby odbierającej dokumentację

Tożsamość osoby odbierającej potwierdzona na podstawie dokumentu tożsamości.