

.....
(miejscowość, data)

Imię i nazwisko
Pesel lub data urodzenia
Adres zamieszkania
Nr dowodu tożsamości

Wniosek o wydanie dokumentacji medycznej

Ja niżej podpisany, zwracam się z uprzejmą prośbą o wydanie dokumentacji medycznej:

- Imię i nazwisko pacjenta, którego dokumentacja dotyczy:

- Określenie rodzaju dokumentacji medycznej:

Poprzez:

- ☐ umożliwienie wglądu do dokumentacji w placówce medycznej
- ☐ wydanie kopii dokumentacji medycznej
- ☐ wydanie w innej formie (np. wyciągu, odpisu itp.)

Dokumentację medyczną odbiorę:

- ☐ osobiście
- ☐ upoważniam

.....
imię i nazwisko, nr dokumentu tożsamości

☐ proszę przesłać na adres

.....
Podpis

ODBIÓR DOKUMENTACJI MEDYCZNEJ

Kwituję odbiór dokumentacji medycznej:

.....
data i czytelny podpis