**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: …………………………………………………………………..............................…………………………...................……

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

 miejscowość, 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.