



Wniosek o udostępnienie dokumentacji medycznej

Dane pacjenta:

- Imię i nazwisko:
- PESEL / data urodzenia:
- Numer tel. / e-mail kontaktowy:
- Adres zamieszkania:
ulica:
kod pocztowy:, miasto:

Dane wnioskodawcy (wypełnić w przypadku, gdy wnioskującym nie jest pacjent):

- Imię i nazwisko:
- PESEL / data urodzenia:
- Numer tel. / e-mail kontaktowy:
- Adres zamieszkania:
ulica:
kod pocztowy:, miasto:
- rodzaj, seria i numer dokumentu tożsamości:

Udostępnienie: pierwszorazowe / udostępnienie kolejne *

Proszę o przygotowanie i udostępnienie: kopia / wydruk / wyciąg / odpis / nośnik elektroniczny (CD i inne) / wgląd *
z leczenia w

za okres od do

Zakres żądanych informacji: całość / historia zdrowia i choroby / wyniki badań radiologicznych *

inne (wymienić jakie):

.....

czytelny podpis wnioskodawcy

Upoważniam do odbioru dokumentacji medycznej:

Pana/Panią:

legitymującego(-cą) się dokumentem tożsamości (rodzaj, seria, numer):

.....

czytelny podpis wnioskodawcy

Potwierdzam odbiór dokumentacji medycznej:

.....

czytelny podpis wnioskodawcy

Dokumentację wydał:

.....

czytelny podpis pracownika

*niepotrzebne skreślić