

WNIOSEK O WYDANIE DOKUMENTACJI MEDYCZNEJ
nr/2023

1. WNIOSKODAWCA:

Imię i nazwisko

Adres zamieszkania:

PESEL,.....

Proszę o wydanie kopii/odpisu/wyciągu/oryginału dokumentacji
medycznej.

Proszę wypełnić tylko wówczas, gdy wniosek składa inna osoba niż pacjent, którego
dotyczy dokumentacja:

DANE PACJENTA, KTÓREGO DOTYCZY WNIOSEK:

Imię i nazwisko

Adres zamieszkania:

PESEL.....

TYTUŁPRAWNY DO UZYSKANIA DOKUMENTACJI:

- wniosek składa pacjent, którego dokumentacja dotyczy
- wniosek składa przedstawiciel ustawowy pacjenta
- wnioskodawca upoważniony przez pacjenta

DOKUMENTACJA DOTYCZY LECZENIA:

W poradni:

W okresie/ ilość stron.....

.....
data i podpis wnioskodawcy

.....
data i podpis osoby przyjmującej wniosek

Dokumentację medyczną wydano dnia

Panu/ i.....

na podstawie :.....

:serią i nr dowodu tożsamości:

data i podpis odbierającej dokumentację

data i podpis osoby wydającej dokumentację