

## WNIOSEK O UDOSTĘPNIENIE DOKUMENTACJI MEDYCZNEJ

Proszę o udostępnienie dokumentacji medycznej w postaci:

– kopii uwierzytelnionej  – kopii niewierzytelnionej

Dane pacjenta:

..... imię i nazwisko

..... adres zamieszkania

..... PESEL nr dowodu tożsamości

Nazwa poradni/oddziału:

.....  
.....

Okres wytworzenia dokumentacji: .....

Rodzaj dokumentu medycznego:

.....  
.....

Forma, w której dokument ma zostać udostępniony:

papierowa  obraz na płycie CD  klisze

Sposób odbioru dokumentacji:

odbiorę dokumentację osobiście  załączam upoważnienie do odbioru mojej dokumentacji przez wskazaną osobę  wysyłka pobraniowa na wskazany adres

Zobowiązuję się do wniesienia opłaty za wykonanie kopii dokumentów oraz kosztów wysyłki na wskazany adres wg obowiązującego cennika.

..... data i podpis pacjenta/osoby upoważnionej

## POTWIERDZENIE ODBIORU KOPII DOKUMENTACJI MEDYCZNEJ

..... data i podpis pacjenta/osoby upoważnionej

..... podpis pracownika wydającego dokumentację