

Warszawa, dn.....

WNIOSEK O UDOSTĘPNIENIE DOKUMENTACJI MEDYCZNEJ

Dane osoby wnioskującej o wydanie dokumentacji:

Imię i nazwisko:.....

PESEL:.....

Adres zamieszkania:.....

Telefon kontaktowy:.....

Dane pacjenta, którego dokumentacja dotyczy:

Imię i nazwisko:.....

PESEL:.....

Oświadczam, iż wnioskuję o:

- wydanie oryginału/kopii dokumentacji medycznej
- udostępnienie dokumentacji medycznej do wglądu

Rodzaj dokumentacji medycznej:.....

Uzgodniony termin odbioru.....

Czytelny podpis osoby składającej wniosek:.....

Czytelny podpis osoby przyjmującej wniosek:.....

Potwierdzenie odbioru:

Potwierdzam odbiór wnioskowanej dokumentacji.

Data, podpis osoby odbierającej dokumentację:.....

Data, podpis osoby wydającej dokumentację:.....