

## 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

Sposób odbioru dokumentacji:

- odbiorę dokumentację osobiście

- załączam upoważnienie do odbioru mojej dokumentacji przez wskazaną osobę

- wysyłka za pobraniem 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

data i podpis pracownika przyjmującego wniosek

podpis pracownika wydającego dokumentację

(wniesiono opłatę za sporządzenie kopii/odpisu dokumentacji)