

WNIOSEK O WYDANIE KOPII DOKUMENTACJI MEDYCZNEJ

Dane pacjenta

.....
Imię i nazwisko

.....
Adres zamieszkania

.....
PESEL lub data urodzenia

.....
Telefon kontaktowy

Ja niżej podpisany/a, legitymujący się dowodem osobistym nr,
zwracam się z prośbą o wydanie mi kopii dokumentacji medycznej mojej choroby.

Proszę określić rodzaj dokumentacji medycznej, która ma zostać wydana – poradnia (jaka), wizyta –
data udzielenia, jaka komórka organizacyjna itd.

.....
.....
.....

.....
Czytelny podpis osoby przyjmującej wniosek

.....
Podpis Wnioskodawcy

Termin odbioru dokumentacji :

Potwierdzam odbiór dokumentacji:
Podpis Wnioskodawcy