



WNIOSEK O UDOSTĘPNIENIE KOPII DOKUMENTACJI MEDYCZNEJ

Ja, niżej podpisany
(imię i nazwisko, pesel)

.....
(adres zamieszkania)

legitymujący się dowodem osobistym seria nr

proszę o udostępnienie (właściwie zakreślić)

☐ całości dokumentacji medycznej
(określenie rodzaju dokumentacji medycznej)

☐ określonego rodzaju dokumentacji medycznej
.....
(określenie rodzaju dokumentacji medycznej)

☐ wyniku badania diagnostycznego
(określenie rodzaju badania i terminu wykonania)

poprzez

☐ umożliwienie wglądu do dokumentacji w zakładzie opieki zdrowotnej

☐ wydanie kopii dokumentacji medycznej

☐ wydanie w innej formie.....
(proszę określić formę np. wyciąg, odpis, wydanie oryginału, zapisu elektronicznego)

.....
miejscowość i data

.....
czytelny podpis pacjenta

.....
czytelny podpis osoby przyjmującej wniosek

Potwierdzam odbiór dokumentacji:
data i czytelny podpis pacjenta