

Warszawa, dnia

**Wniosek
o wydanie oryginału dokumentacji medycznej**

1. Wnioskodawca Pacjent:

Imię i Nazwisko

Adres zamieszkania

Nr PESEL

--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--

Nr telefonu kontaktowego*

2. Wnioskodawca Osoba upoważniona:

Imię i Nazwisko

Nr telefonu kontaktowego*

- Dokumentacja medyczna dotyczy

Imię i Nazwisko

Adres zamieszkania

Nr PESEL

--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--

- Dokumentacja dotyczy leczenia/diagnostyki w (podać nazwę komórki organizacyjnej i datę pobytu/badania)

.....

- Rodzaj dokumentacji medycznej (np. historia choroby, karta informacyjna, wyniki badań – podać jakich, inna)

.....

.....

.....

- Dokumentację medyczną:

a) odbiorę osobiście;

b) odbierze osoba przeze mnie upoważniona

c) proszę przesłać za zaliczeniem pocztowym na adres

Zobowiązuję się do zwrotu dokumentacji medycznej w ciągu miesiąca od daty wydania.

.....
(czytelny podpis wnioskodawcy)

.....
(data, podpis i pieczęć pracownika wydającego)

* nie obowiązkowo