

Warszawa, dnia

**Wniosek
o wydanie kopii (wyciągu, odpisu) 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

.....
(czytelny podpis wnioskodawcy)

Potwierdzenie udostępnienia

Imię i nazwisko osoby odbierającej kopię (wyciąg, odpis) dokumentacji medycznej:

.....
Imię i nazwisko

.....
(nazwa i nr dokumentu tożsamości)

- Liczba stron

- Wniesiono opłatę w wysokości zł;

.....
(czytelny podpis osoby odbierającej)

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

* (nie obowiązkowo)