

## W N I O S E K

### o udostępnienie dokumentacji medycznej

**1. Wnioskodawca:**

Nazwisko i imię .....

Adres zamieszkania .....

PESEL

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

**2. Dokumentacja medyczna dotyczy:**

Nazwisko i imię .....

Adres zamieszkania .....

PESEL

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

**3. Do jakich celów wnioskowane jest udostępnianie dokumentacji?**

a) w celu medycznym (dalsze leczenie, profilaktyka, diagnoza, terapia)

b) w celu niemedyceznym (odszkodowanie, renta, itp.)

**4. Rodzaj dokumentacji medycznej (należy podać poradnię, lekarza, nr księgi głównej itp.)**

.....

**5. Wnioskuje o:**

- wydanie kserokopii dokumentacji medycznej określonej w pkt.4 i zobowiązuję się do pokrycia kosztów wyszukania i wykonania kserokopii dokumentacji zgodnie z obowiązującym cennikiem.

.....

**(data, podpis czytelny wnioskodawcy)**

### Potwierdzenie odbioru

Potwierdzam odbiór kserokopii dokumentacji w dniu .....

.....

Podpis osoby wydającej

.....

Podpis odbierającego