

W N I O S E K
o udostępnienie dokumentacji medycznej

1. Wnioskodawca:

Imię i nazwisko

Adres zamieszkania

PESEL

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

2. Dokumentacja medyczna dotyczy:

Imię i nazwisko

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 ewentualnych kosztów wykonania kserokopii*

.....
(data, podpis czytelny wnioskodawcy)

Potwierdzenie odbioru

Potwierdzam odbiór kserokopii dokumentacji w dniu

.....
Podpis osoby wydającej

.....
Podpis odbierającego