

## WNIOSEK O WYDANIE DOKUMENTACJI MEDYCZNEJ

Dane osoby wnioskującej o wydanie dokumentacji:

Imię i nazwisko: ....., PESEL:

.....

Adres

zamieszkania.....

Numer telefonu kontaktowego: .....

Dane pacjenta, którego dokumentacja dotyczy (wypełnić w przypadku, gdy wnioskodawcą jest inna osoba niż pacjent)

Imię i nazwisko:

.....

PESEL: .....

**Wnioskuje o:**

wydanie kopii dokumentacji medycznej

udostępnienie dokumentacji medycznej do wglądu

Oświadczam, iż zobowiązuję się do poniesienia kosztów wykonania kopii dokumentacji medycznej, zgodnie z obowiązującymi przepisami .

.....

.....

miejsowość, data

podpis wnioskodawcy

### POTWIERDZENIE ODBIORU:

Potwierdzam odbiór wnioskowanej dokumentacji.

.....

data i podpis osoby odbierającej dokumentację

---

## WNIOSEK O WYDANIE DOKUMENTACJI MEDYCZNEJ

Dane osoby wnioskującej o wydanie dokumentacji:

Imię i nazwisko: ....., PESEL:

.....

Adres

zamieszkania.....

Numer telefonu kontaktowego: .....

Dane pacjenta, którego dokumentacja dotyczy:

(wypełnić w przypadku, gdy wnioskodawcą jest inna osoba niż pacjent)

Imię i nazwisko:

.....

PESEL: .....

**Wnioskuje o:**

wydanie kopii dokumentacji medycznej

udostępnienie dokumentacji medycznej do wglądu

Oświadczam, iż zobowiązuję się do poniesienia kosztów wykonania kopii dokumentacji medycznej, zgodnie z obowiązującymi przepisami .

.....  
.....

miejsowość, data

podpis wnioskodawcy

**POTWIERDZENIE ODBIORU:**

Potwierdzam odbiór wnioskowanej dokumentacji.

.....  
data i podpis osoby odbierającej dokumentację