

.....
(miejscowość i data)

Dane Wnioskodawcy:

.....
imię nazwisko – stopień pokrewieństwa

.....
nr dowodu tożsamości

WNIOSEK O WYDANIE DOKUMENTACJI MEDYCZNEJ

Ja niżej podpisany, zwracam się z uprzejmą prośbą o: **wgląd / kserokopię / odpis / oryginał*** (uwaga: **oryginał** wydawany jest za pokwitowaniem i z zastrzeżeniem zwrotu po wykorzystaniu, na żądanie organów władzy publicznej i sądów powszechnych, a także w przypadku gdy zwłoka w wydaniu dokumentacji mogłaby spowodować zagrożenie życia lub zdrowia pacjenta) dokumentacji medycznej:

.....
Imię i nazwisko pacjenta, PESEL (osoby, której dokumentacja dotyczy)

Wnioskuje o udostępnienie dokumentacji medycznej z leczenia w (podać nazwę oddziału, poradni, Izby przyjęć oraz datę pobytu lub okres z jakiego dokumentacja ma być udostępniona)

-
- po raz pierwszy po raz kolejny

Dokumentację medyczną odbiorę:

osobiście

upoważniam
imię nazwisko, nr dokumentu tożsamości

proszę o przesłanie za zwrotnym potwierdzeniem odbioru na adres:

.....
(podpis wnioskodawcy)

WYDANO:

Pobrano opłatę w wysokości za stron dokumentacji medycznej.

Wysłano listem poleconym w dniu

Potwierdzam odbiór dokumentacji medycznej: **kserokopia/ odpis/ oryginał ***

.....
(podpis wnioskodawcy)

.....
(data, czytelny podpis pracownika wydającego dokumentację)

Zobowiązuje się niezwłocznie zwrócić oryginał dokumentacji medycznej.

.....
(data)

.....
(czytany podpis wnioskodawcy)

*Niepotrzebne skreślić