

## WNIOSEK PACJENTA O WYDANIE KOPII DOKUMENTACJI MEDYCZNEJ

nr wniosku .....z dnia .....

### Dane wnioskodawcy:

Imię.....

Nazwisko.....

PESEL.....

Kod pocztowy, miejscowość.....

Ulica/ nr domu / nr lokalu.....

Ja, niżej podpisany(-a), legitymujący(-a) się dowodem osobistym nr .....  
zwracam się z prośbą o sporządzenie i wydanie kopii dokumentacji medycznej  
mojej historii choroby

.....  
(nazwa poradni specjalistycznej )

z leczenia za okres:

od.....do.....

Znajdującej się w Państwa posiadaniu oraz upoważniam / nie upoważniam nikogo \*

.....  
(imię i nazwisko)

Legitymującego(-ą) się dowodem osobistym nr.....  
wydanym przez.....  
od odbioru w/w dokumentacji.

.....  
(data i dane osoby przyjmującej wniosek)

Termin odbioru dokumentacji upływa w ciągu 30 dni od daty złożenia wniosku.

Należność za kserokopie dokumentacji zostanie uregulowana przy odbiorze.

\*niepotrzebne skreślić