

.....
(Imię nazwisko)

Pszemno,
(Data)

Wniosek o udostępnienie dokumentacji medycznej

Zwracam się z prośbą o udostępnienie dokumentacji medycznej sporządzonej w tutejszej placówce. Dotyczy pacjenta:

.....
.....

(Imię i nazwisko, PESEL, adres)

1. Dokumentacja dotyczy leczenia w poradni:
2. Za okres:
3. Forma odbioru dokumentacji:

Osobiście

Przez osobę uprawnioną:

.....
.....

(Dane osoby upoważnionej do odbioru dokumentacji)

.....
Data i podpis osoby przyjmującej wniosek

.....
Czytelny podpis wnioskodawcy

Odbiór dokumentacji

Opłata za sporządzenie dokumentacji

.....
Data i podpis osoby wydającej dokumentację

.....
Czytelny podpis osoby odbierającej dokumentację