



## WNIOSEK O UDOSTĘPNIENIE DOKUMENTACJI MEDYCZNEJ

### DANE WNIOSKODAWCY

IMIĘ I NAZWISKO .....

PESEL.....

ADRES.....

### DANE PACJENTA- WYPEŁNIĆ GDY DOKUMENTACJA NIE DOTYCZY WNIOSKODAWCY

IMIĘ I NAZWISKO.....

PESEL.....

ADRES.....

Wnioskuje o udostępnienie dokumentacji medycznej z poradni: .....

za okres od ..... do .....

### Dokumentację medyczną odbiorę:

osobiście

odbierze osoba upoważniona

Zostałam/-em poinformowana/-y o wysokości opłat z tytułu wydania kopii dokumentacji medycznej.

.....  
Data i podpis wnioskodawcy

.....  
Data i podpis przyjmującego wniosek