

Wrocław, dnia

.....
imię i nazwisko

.....

.....

adres

.....

telefon kontaktowy

WNIOSEK O UDOSTĘPNIENIE DOKUMENTACJI MEDYCZNEJ

Proszę o (właściwie zaznaczyć): • wydanie kopii / • wyciągu/ • odpisu / • udostępnienie do wglądu dokumentacji medycznej*

PESEL / W PRZYPADKU BRAKU NR PESEL DATA URODZENIA:

.....

IMIĘ

NAZWISKO

za okres

z zakresu

.....

(od lekarza/ badanie diagnostyczne itp.).

* W przypadku wniosku o udostępnienie do wglądu termin udostępnienia ustalany jest indywidualnie.

.....

Podpis

PEŁNOMOCNICTWO

Upoważniam

IMIĘ

NAZWISKO

legitymującego się dokumentem tożsamości.....

NUMER DOWODU TOŻSAMOŚCI

do odbioru kopii mojej dokumentacji wskazanej we wniosku.

.....

Podpis

POTWIERDZENIE ODBIORU / UDOSTĘPNIENIA**Odebrałam/-łem
/ Otrzymałam/-em
do wglądu**.....
DATA.....
PODPIS**Wydał/ Udostępnił
(podpis pracownika)**.....
DATA.....
PODPIS

..... GODZINA (przy udostępnieniu do wglądu)