

Wniosek pacjenta o udostępnienie dokumentacji medycznej

.....
Imię i nazwisko	PESEL
Ja niżej podpisana/y niniejszym wnoszę o udostępnienie mojej dokumentacji medycznej w formie kserokopii / do wglądu / wydanie pozostawionych wyników badań. Dokumentację medyczną:	
- odbiorę osobiście.	
- odbierze osoba upoważniona *:	
Imię i nazwisko:	
numer dowodu osobistego:	
*- niepotrzebne skreślić lub zaznaczyć właściwie;	

	data i miejscowość, podpis pacjenta
Odebrano dokumentację medyczną (ilość stron):	

	data i miejscowość, podpis pacjenta

	podpis pracownika sporządzającego

	podpis pracownika wydającego dokumentację / udostępniającego do wglądu