

## 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	