……………………………, dnia ……………………..

 (miejscowość)

**WNIOSEK**

**O UDOSTĘPNIENIE DOKUMENTACJI MEDYCZNEJ**

PROSZĘ WYPEŁNIĆ DRUKOWANYMI LITERAMI

Imię i nazwisko pacjenta: ………………………………………………………...............................

PESEL pacjenta: ……………………………………………………………………………………….

Adres: …………………………………………………………………………………………………...

Zakres udostępnianej dokumentacji: ………………………………………………………………...

* Dokumentację odbiorę osobiście: **TAK / NIE** (niepotrzebne skreślić)
* Dokumentację odbierze:

……………………………………………………………………………………………………………

(imię i nazwisko osoby odbierającej)

……………………………………………………………………………………………………………

(adres i nr dowodu osobistego osoby odbierającej)

 ………………………………………… …………………………………

(Data i podpis osoby składającej wniosek) (data i podpis osoby przyjmującej wniosek)

**POTWIERDZENIE ODBIORU KOPII DOKUMENTACJI MEDYCZNEJ**

Ja, niżej podpisany(-a) legitymujący(-a) się dowodem osobistym nr

……………………………………………………………………………………………………………

Potwierdzam odbiór kopii dokumentacji medycznej mojej historii choroby.

…………………………………………….. …………………………………………..

(data i podpis osoby odbierającej dokumentację) (data i podpis osoby wydającej dokumentację)