

Wrocław, dn.

**WNIOSEK
O UDOSTĘPNIENIE DOKUMENTACJI MEDYCZNEJ**

1. Dane Wnioskodawcy:

Imię i Nazwisko

Nr PESEL

Adres zamieszkania

Tel. kontaktowy

2. Dokumentacja medyczna dotyczy:

Imię i Nazwisko

Nr PESEL

Adres zamieszkania

3. Wnoszę o udostępnienie dokumentacji medycznej z leczenia w poradni, za okres:

.....

4. Dokumentację medyczną odbiorę:☐ osobiście☐ upoważniam
(imię i nazwisko, nr dokumentu tożsamości)

Składający wniosek zobowiązuje się do pokrycia kosztów wykonania kserokopii dokumentacji medycznej zgodnie z obowiązującym cennikiem (na podstawie art. 28 ust. 4 Ustawy o prawach pacjenta i Rzeczniku Praw Pacjenta z dnia 6 listopada 2008 r. (tj. Dz. U. 2017 r. poz. 125 z późn. zm.).

.....
(data i czytelny podpis wnioskodawcy)

POTWIERDZENIE ODBIORU ODPISU DOKUMENTACJI MEDYCZNEJ

Tożsamość osoby odbierającej dokumentację medyczną stwierdzono na podstawie dokumentu tożsamości
dowód osobisty / prawo jazdy / paszport* seria i nr

.....
(data i czytelny podpis osoby wydającej).....
(data i czytelny podpis osoby odbierającej)