

imię i nazwisko

miejsowość, data

adres

PESEL

nr telefonu

nr dowodu osobistego

Wniosek o udostępnienie dokumentacji medycznej

Zwracam się z prośbą o udostępnienie dokumentacji medycznej _____
/imię i nazwisko pacjenta/

dotyczącej leczenia w _____
/nazwa oddziału lub poradni/

w terminie _____

/czytelny podpis/

Upoważniam */ nie upoważniam* do odebrania mojej dokumentacji medycznej:

/imię, nazwisko osoby upoważnionej, adres i nr telefonu/

/czytelny podpis/

Potwierdzam odbiór kopii dokumentacji medycznej: _____
/data/ _____
/czytelny podpis/

* niewłaściwe skreślić



GVM CARINT