

_____ data

1. Wnioskodawca

Imię i nazwisko	
Numer telefonu kontaktowego	

2. Dokumentacja medyczna dotyczy

Imię i nazwisko	
PESEL	

3. Wnioskuje o:

- wgląd do dokumentacji medycznej określonej w pkt. 4 (po uprzednim uzgodnieniu terminu) - **bezpłatnie**
 wydanie dokumentacji medycznej określonej w pkt. 4

4. Rodzaj dokumentacji medycznej (np. historia choroby, karta informacyjna, wyniki badań – podać czego dotyczą, inny rodzaj dokumentacji)

5. Dokumentację odbiorę:

- Osobiście Osoba upoważniona Poczta na adres:

.....

.....

Zostałem/łam poinformowany/a o koszcie wykonania kopii/wyciągu/odpisu jednej strony dokumentacji medycznej i zobowiązuję się do pokrycia w/w kosztów, a w przypadku wysyłki także pokrycia kosztów przesyłki.

.....
czytelny podpis osoby przyjmującej wniosek

.....
czytelny podpis wnioskodawcy

WYDANIE DOKUMENTACJI

- A) osobiście B) osoba upoważniona Data wydania: _____

Imię i nazwisko	
PESEL*	
Ilość stron	
Naliczono opłatę w wysokości	

.....
podpis osoby wydającej dokumentację

.....
czytelny podpis osoby odbierającej dokumentację

*w przypadku osób, które nie mają nadanego numeru PESEL - rodzaj i numer dokumentu potwierdzającego tożsamość