

.....
Miejscowość, data

.....
Imię i nazwisko pacjenta

.....
Adres

.....
Telefon

.....
PESEL pacjenta

.....
Imię i nazwisko opiekuna prawnego

.....
Osoba przyjmująca wniosek do realizacji

**Dyrektor WS – SP ZOZ w Zgorzelcu
ul. Lubańska 11 – 12**

WNIOSEK

o udostępnienie dokumentacji medycznej pacjenta

I. Zwracam się z prośbą o udostępnienie mojej dokumentacji medycznej:

- wydanie kserokopii,
- wydruku,
- do wglądu w siedzibie podmiotu*

w zakresie danych:

1. nazwa oddziału / poradni / pracowni:
2. okres leczenia:

II. Oświadczam że:

- o udostępnienie dokumentacji medycznej w w/w sposób i w powyższym zakresie wnioskuję po raz pierwszy,
- o udostępnienie dokumentacji medycznej w w/w sposób i w powyższym zakresie wnioskuję po raz kolejny*.

.....
podpis wnioskodawcy

Potwierdzam odbiór wnioskowanej dokumentacji.

.....
data i podpis osoby odbierającej dokumentację

Potwierdzam wydanie wnioskowanej dokumentacji

.....
data i podpis osoby wydającej dokumentację

* właściwe zaznaczyć