

Inowrocław, dnia

Wniosek nr/20.....

- o wydanie kserokopii, wyciągu, odpisu dokumentacji medycznej
 o wgląd do dokumentacji medycznej

1. Dokumentacja medyczna dotycząca Pacjenta

Imię i nazwisko

Adres zamieszkania

PESEL

--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--

Numer telefonu

2. Rodzaj dokumentacji medycznej

- podać nazwę poradni lub oddziału
- podać datę z jakiego okresu

.....
.....
.....
.....
.....

3. Wnioskodawca¹

Imię i nazwisko

Adres zamieszkania

Data urodzenia

4. Sposób realizacji wniosku o udostępnienie dokumentacji medycznej określonej w pkt. 2

- wgląd do dokumentacji medycznej
 sporządzenie wyciągu, odpisu, kopii lub wydruku
 odbiór osobisty lub osoba przeze mnie upoważniona
 wysłanie listem poleconym
 za pośrednictwem środków komunikacji elektronicznej. Adres e-mail:
.....
 na informatycznym nośniku danych, przesłanym listem poleconym.

.....

czytelny podpis wnioskodawcy

¹ wypełnić w przypadku, gdy wnioskodawca zwraca się o udostępnienie dokumentacji medycznej jako przedstawiciel ustawowy Pacjenta lub upoważnienia Pacjenta