

## WNIOSEK O UDOSTĘPNIENIE DOKUMENTACJI MEDYCZNEJ

1. Wnioskodawca:

Nazwisko .....

Imię .....

Adres zamieszkania .....

Nr telefonu .....

Nr PESEL

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

1. Dokumentacja medyczna dotyczy \*

Nazwisko .....

Imię .....

Adres zamieszkania .....

Nr telefonu .....

Nr PESEL

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

3. Do jakich celów wnioskowane jest udostępnianie dokumentacji

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

4. Rodzaj dokumentacji medycznej

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

5. Wnioskuje o:

a) wydanie kserokopii dokumentacji medycznej określonej w pkt. 4

b) wypożyczenie zdjęć Rtg. określonych w pkt. 4

Akceptacja Dyrektora ds. Lecznictwa
-------------------------------------

.....  
(data, czytelny podpis wnioskodawcy)

\* wypełnić w przypadku gdy wnioskodawca wnioskuje o udostępnienie dokumentacji jako przedstawiciel ustawowy pacjenta lub z upoważnienia pacjenta.