

**Proszę o wydanie kopii dokumentacji medycznej.**

|  |   |
|--|---|
| Dane osoby, której dotyczy dokumentacja:<br><br>.....<br>(imię i nazwisko)<br><br>.....<br>(adres: ulica, numer domu, miejscowość, kod pocztowy)<br><br>.....<br>(PESEL lub nr innego dokumentu potwierdzającego tożsamość)        | Informacje o świadczeniu:<br><br>.....<br>(rodzaj świadczenia)<br><br>.....<br>(data wykonania świadczenia)<br><br>.....<br>(jednostka organizacyjna/oddział) |
| Sposób wydania dokumentacji:<br><input type="checkbox"/> osobiście<br><br><input type="checkbox"/> drogą elektroniczną : .....<br>(adres e-mail i numer telefonu)<br><br><input type="checkbox"/> drogą pocztową: .....<br>(adres) |   |

 .....  
 (data i czytelny podpis osoby przyjmującej wniosek)

 .....  
 (data i czytelny podpis pacjenta lub przedstawiciela ustawowego)

**Zgoda Dyrektora Medycznego**

 .....  
 (data i czytelny podpis Dyrektora Medycznego)

**Potwierdzenie odbioru dokumentacji medycznej (w przypadku odbioru osobistego)**

 .....  
 (ilość)

 .....  
 (data i czytelny podpis osoby wydającej dokumentację)

 .....  
 (data i czytelny podpis pacjenta lub przedstawiciela ustawowego)