

Proszę o wydanie kopii dokumentacji medycznej.

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

.....
(data i czytelny podpis osoby przyjmującej wniosek).....
(data i czytelny podpis pacjenta lub przedstawiciela ustawowego)**Potwierdzenie odbioru dokumentacji medycznej (w przypadku odbioru osobistego)**.....
(ilość).....
(data i czytelny podpis osoby wydającej dokumentację).....
(data i czytelny podpis pacjenta lub przedstawiciela ustawowego)

