

Proszę o wydanie kopii dokumentacji medycznej.

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