

**Proszę o wydanie kopii dokumentacji medycznej.**

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

.....  
(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)

