

.....
(imię i nazwisko osoby wnioskującej)

.....
(adres)

.....
(PESEL lub nr dokumentu tożsamości)

WNIOSEK o udostępnienie dokumentacji medycznej

Wnioskuję o udostępnienie dokumentacji medycznej:.....

.....

Data wykonania badania:

Dane osoby badanej:

(imię, nazwisko, PESEL lub nr dokumentu tożsamości)

Wyżej wymienioną dokumentację (*właściwe podkreślić):

- odbiorę po raz pierwszy TAK* NIE*
- odbiorę osobiście*
- odbierze osoba upoważniona*

.....

(imię, nazwisko, PESE lub nr dokumentu tożsamości)

.....
(data i podpis osoby wnioskującej)

Pokwitowanie odbioru dokumentacji medycznej

.....

(data i podpis osoby odbierającej)

.....

(data i podpis osoby udostępniającej)