



....., dnia.....

WNIOSEK O WYDANIE KOPII DOKUMENTACJI MEDYCZNEJ

Zwracam się z wnioskiem o wydanie potwierdzonej za zgodność z oryginałem kserokopii mojej/mojego dziecka* dokumentacji medycznej leczenia w Państwa Placówce

Imię i nazwisko, PESEL

.....

- Całość dokumentacji
POZ/GINEKOLOGIOCZNEJ/LARYNGOLOGICZNEJ*
- Fragmentów dokumentacji za okres oddo
POZ/GINEKOLOGIOCZNEJ/LARYNGOLOGICZNEJ*

Deklaruję gotowość pokrycia kosztów wykonania kserokopii według zasad wynikających z ustawy

.....

(podpis)

Kserokopia dokumentacji będzie gotowa do odbioru dnia

Data i podpis personelu przyjmującego.....

Dokumentację odebrano (data i podpis odbierającego lub upoważnionego)

.....

**Nie potrzebne skreślić*