

Ksawerów, , dn. ....

.....  
Nazwisko i imię wnioskodawcy

.....  
Adres wnioskodawcy

.....  
Dowód tożsamości wnioskodawcy

MEDIKS  
95-054 Ksawerów, ul. ul. Jana Pawła II 2

## Wniosek o udostępnienie dokumentacji medycznej

Zwracam się z prośbą o wydanie kopii dokumentacji medycznej:

1. Pacjenta: .....

Nazwisko i imię

.....  
Adres zamieszkania

.....  
PESEL

sporządzonej w tutejszej placówce.

2. Dokumentacja dotyczy leczenia we wszystkich poradniach placówki.

3. Dokumentacja dotyczy leczenia realizowanego przez wszystkich lekarzy.

4. Rodzaj dokumentacji medycznej:

5. Za okres:

od ..... do .....

6. Forma odbioru dokumentacji:

Odbiór:

osobisty

przez osobę upoważnioną .....

Nazwisko i imię, dowód tożsamości

.....  
Data i podpis osoby przyjmującej wniosek

.....  
Czytelny podpis wnioskodawcy