



**Wniosek o wydanie
wyciągu/ odpisu/ kopii/ wydruku/ na informatycznym nośniku danych/ oryginału*
dokumentacji medycznej**

1. Dane Wnioskodawcy:

Nazwisko: Imię: PESEL:

Adres zam.: tel.

2. Wniosek dotyczy*:

- 1) mojej osoby
- 2) osoby, której jestem przedstawicielem ustawowym
- 3) osoby, która mnie upoważniła poniżej

3. Dane pacjenta, którego dokumentacja dotyczy:

Nazwisko: Imię: PESEL:

Przebywał: Oddział/ Poradnia/ Pracownia* Daty hospitalizacji/ wizyty*:

Opis dokumentacji, której dot. wniosek:

.....
.....

4. Sposób odbioru dokumentacji:

- osobiście
 przesłanie pocztą (wyrażam zgodę na wystawienie faktury bez mojego podpisu)

.....
(data i podpis Wnioskodawcy)

* niepotrzebne skreślić

Upoważnienie do wydania/ odbioru dokumentacji medycznej

Ja (imię i nazwisko, adres zam., PESEL).....

upoważniam Pana/ Panią* (imię i nazwisko, adres zam.)

legitymującego się dokumentem tożsamości nr do odbioru

dokumentacji medycznej pacjenta (imię i nazwisko, PESEL)

.....

.....
(data i podpis)

.....
(data i podpis osoby wydającej dokumentację)

.....
(data i podpis osoby odbierającej dokumentację)