

Sułoszowa, dn.

.....
Nazwisko i imi wnioskodawcy

.....
Adres wnioskodawcy

.....
Dowód to samo ci wnioskodawcy

Samodzielny Publiczny Zakład Opieki Zdrowotnej w
Sułoszowej - Zakład Opieki Zdrowotnej

Wniosek o udostępnienie dokumentacji medycznej

Zwracam się z prośbą o wydanie kopii dokumentacji medycznej:

1. Pacjenta:
Nazwisko i imi

.....
Adres zamieszkania

.....
PESEL

sporządzonej w tutejszej placówce.

2. Dokumentacja dotyczy leczenia w:

3. Rodzaj dokumentacji medycznej:

4. Za okres:

od do

5. Cel wydania:

6. Odbiór:

osobisty

przez osobę upoważnioną
Nazwisko i imi, dowód to samo ci

.....
Data i podpis osoby przyjmującej wniosek

.....
Czytelny podpis wnioskodawcy