

Gdańsk, _____

Imię i Nazwisko

Pesel lub data urodzenia

Adres zamieszkania (lub korespondencji)

Numer dowodu tożsamości

WNIOSEK O WYDANIE DOKUMENTACJI MEDYCZNEJ

Ja niżej podpisany zwracam się z uprzejmą prośbą o wydanie kserokopii dokumentacji medycznej:

Imię i nazwisko pacjenta, którego dotyczy dokumentacja: _____

Dokumentację medyczną odbiorę:

- Osobiście

- Upoważniam _____
(imię, nazwisko, numer dokumentu tożsamości)

- Poproszę o wysłanie drogą elektroniczną: _____

- Proszę o wysłanie pocztą (za potwierdzeniem odbioru)

Podpis

Kwituję odbiór dokumentacji medycznej: _____

Data i czytelny podpis

Ustawa z dnia 6 listopada 2008 r. o prawach pacjenta i rzeczniku praw pacjenta (DZ.U. z 2009 r. Nr 52, poz. 417 z późn. zmian.).