



Miejscowość i data

WNIOSEK O WYDANIE DOKUMENTACJI MEDYCZNEJ

.....  
Imię i nazwisko, pesel/data urodzenia pacjenta

.....  
Adres i tel. kontaktowy

.....  
Imię i nazwisko rodzica/opiekuna prawnego w przypadku dzieci poniżej 18 r. ż. oraz osób ubezwłasnowolnionych\*

.....  
Poradnia/zakres

.....  
Lekarz prowadzący

Proszę o wydanie dokumentacji medycznej w celu

.....  
Prośba o wydanie dokumentacji medycznej :

- kopii dokumentacji medycznej/wydruku dokumentacji z systemu elektronicznego
- kopii dokumentacji medycznej/dokumentacji z systemu elektronicznego na płycie CD

.....  
data, czytelny podpis osoby przyjmującej podanie

.....  
data, czytelny podpis wnioskodawcy

.....  
data, czytelny podpis osoby wydającej

.....  
potwierdzenie odbioru, data ,czytelny podpis

\* jeśli dotyczy

\*\* zaznaczyć właściwe

**Podstawa prawna: art. 23, 26,27, 28 ustawy o prawach pacjenta i Rzeczniku praw Pacjenta (Dz. U. 2009 Nr 52 poz. 417 z późn. zm.)**