

**WNIOSEK O UDOSTĘPNIENIE INDYWIDUALNEJ
DOKUMENTACJI MEDYCZNEJ**

Imię _____

Nazwisko _____

Tel. kontaktowy _____

Ja, niżej podpisany/-a zwracam się z prośbą o wydanie mi kopii, wyciągu, odpisu, dokumentacji medycznej związanej z leczeniem pacjenta:

Imię _____

Nazwisko _____

Pesel _____

Adres _____

Uwagi:

1. _____

2. _____

_____ Data i podpis

**POTWIERDZENIE ODBIORU INDYWIDUALNEJ
DOKUMENTACJI MEDYCZNEJ**

Potwierdzam odbiór dokumentacji medycznej w dniu

_____ Data i podpis