

## Wniosek o wydanie dokumentacji medycznej

Dane Pacjenta :

.....  
Imię i Nazwisko Pacjenta

Nr PESEL / Data urodzenia

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

.....  
Nr dokumentu tożsamości ze zdjęciem Pacjenta / Rodzica / Opiekuna prawnego\*

Adres zamieszkania

.....  
.

Telefon kontaktowy.....

Prośba o wydanie dokumentacji medycznej \*:

Okopia dokumentacji medycznej (całość dok. medycznej)

Okopia dokumentacji medycznej (wybrani specjaliści)

Owyciągi / odpisy

.....  
Data i podpis osoby przyjmującej  
wniosek

.....  
Data i podpis osoby składającej  
wniosek

\* zaznaczyć właściwe

\*\* jeśli dotyczy

Podstawa Prawna: Ustawa o prawach pacjenta i Rzeczniku praw Pacjenta (Dz. U. z 2012 r. Nr 1