



WNIOSEK O WYDANIE KSEROKOPII DOKUMENTACJI MEDYCZNEJ

z dnia.....

Przychodnia Lekarska Babka Medica NZOZ, ul. Słomińskiego 19 lok. 517, 00-195 Warszawa

Zwracam się z prośbą o wydanie kserokopii dokumentacji medycznej pełnej* / częściowej*
w zakresie
własnej* / dziecka* / osoby pod opieką prawną*

Dane Pacjenta:

Imię i nazwisko.....

PESEL.....

Adres zamieszkania.....

.....

.....
(Podpis osoby przyjmującej wniosek)

.....
(Podpis osoby składającej wniosek)

POTWIERDZENIE ODBIORU KSEROKOPII DOKUMENTACJI MEDYCZNEJ

Niniejszym kwituję odbiór zamawianej przeze mnie dokumentacji medycznej

.....

(Numer i seria dokumentu tożsamości)

.....

(Data i podpis osoby odbierającej dokumentację)

* Niepotrzebne skreślić

** Wydanie dokumentacji medycznej osobie trzeciej możliwe jest jedynie za okazaniem pisemnego upoważnienia lub pełnomocnictwa sporządzonego przez pacjenta