



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.

.....
(Seria i numer 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