

Piekary Śląskie, dnia .....

Piekarskie Centrum Medyczne Sp. z o.o.  
ul. Szpitalna 11  
41-940 Piekary Śląskie

Wniosek o wydanie kserokopii dokumentacji medycznej

osoba występująca z wnioskiem (właściwie zakreślić):

- pacjent
- osoba upoważniona przez pacjenta
- inna osoba występująca z wnioskiem

dane pacjenta:

imię i nazwisko.....

data urodzenia/PESEL .....

adres .....

.....

nr tel. kontakt.....

dane osoby występujące z wnioskiem:

imię i nazwisko .....

data urodzenia/PESEL.....

adres .....

.....

nr tel. kontakt .....

Zwracam się z prośbą o wydanie kserokopii dokumentacji medycznej(właściwie zakreślić) oraz podać okresy jakich ma dotyczyć udostępniona dokumentacja:

- historii choroby na oddziale szpitalnym.....
- poradni specjalistycznej .....
- innej dokumentacji medycznej: .....

potwierdzam odbiór dokumentacji:

data:.....

.....

podpis osoby odbierającej

.....  
podpis wnioskodawcy