

**WNIOSEK O UDOSTĘPNIENIE DOKUMENTACJI MEDYCZNEJ**

Dane osoby wnioskującej o wydanie dokumentacji:

Imię i nazwisko: .....

PESEL: .....

Adres zamieszkania: .....

Numer telefonu kontaktowego: .....

Dane pacjenta, którego dokumentacja dotyczy:

*(wypełnić w przypadku, gdy wnioskodawcą jest inna osoba niż pacjent)*

Imię i nazwisko: .....

PESEL: .....

Wniosek o wgląd do dokumentacji medycznej :

Wnioskuje o wydanie kopii dokumentacji medycznej za okres :

.....  
*Oświadczam, iż zobowiązuję się do poniesienia kosztów wykonania kopii dokumentacji medycznej, zgodnie z obowiązującymi cennikiem w Praktyce Lekarzy Rodzinnych Sp. z o. o w Przodkowie.*

.....  
podpis wnioskodawcy

Potwierdzam odbiór wnioskowanej dokumentacji i wniesienie opłaty w wysokości .....

.....  
podpis osoby odbierającej dokumentację

.....  
data i podpis pracownika wydającego dokumentację