\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

*(DATA)*



**WNIOSEK PACJENTA O UDOSTĘPNIENIE**

**DOKUMENTACJI MEDYCZNEJ**

Ja niżej podpisany, (imię i nazwisko) ....................................................................

PESEL: ........................................................................................................................

Wnoszę o udostępnienie mojej dokumentacji medycznej:

do wglądu ...............................................................................................TAK / NIE

odpisu ..................................................................................................... TAK / NIE

kserokopii ...............................................................................................TAK / NIE

Dokumentację medyczną:

* odbiorę osobiście;
* proszę przesłać na maila ................................................................................
* w formie nie szyfrowanej w całości/ w części od ............ do .............

..............................................................

Podpis pacjenta; data i miejscowość