

Wrocław, dn. ....

## **WNIOSEK O UDOSTĘPNIENIE DOKUMENTACJI MEDYCZNEJ**

**1. Dane Wnioskodawcy:**

Imię i Nazwisko .....

Nr PESEL .....

Adres zamieszkania .....

Tel. kontaktowy .....

**2. Dokumentacja medyczna dotyczy:**

Imię i Nazwisko .....

Nr PESEL .....

Adres zamieszkania .....

**3. Wnioskuje o udostępnienie dokumentacji medycznej z leczenia w poradni, za okres:**

.....

**4. Dokumentację medyczną odbiorę:**

osobiście

upoważniam .....

(imię i nazwisko, nr dokumentu tożsamości)

Składający wniosek zobowiązuje się do pokrycia kosztów wykonania kserokopii dokumentacji medycznej zgodnie z obowiązującym cennikiem (na podstawie art. 28 ust. 4 Ustawy o prawach pacjenta i Rzeczniku Praw Pacjenta z dnia 6 listopada 2008 r. (tj. Dz. U. 2017 r. poz. 125 z późn. zm.).

.....  
(data i czytelny podpis wnioskodawcy)

---

### **POTWIERDZENIE ODBIORU ODPISU DOKUMENTACJI MEDYCZNEJ**

Tożsamość osoby odbierającej dokumentację medyczną stwierdzono na podstawie dokumentu tożsamości

dowód osobisty / prawo jazdy / paszport\* seria i nr .....

.....  
(data i czytelny podpis osoby wydającej)

.....  
(data i czytelny podpis osoby odbierającej)