



**WNIOSEK O WYDANIE
KOPII DOKUMENTACJI MEDYCZNEJ**

F5 – P1 – PR1/06.08.2013

....., dnia
Imię i nazwisko pacjenta miejscowość

.....
PESEL pacjenta lub data urodzenia

.....
Adres zamieszkania (ulica, nr domu)

.....
Adres zamieszkania (miejscowość)

.....
nr dowodu tożsamości

WNIOSEK O WYDANIE KOPII DOKUMENTACJI MEDYCZNEJ

Proszę o wydanie kopii mojej dokumentacji medycznej prowadzonej w

.....
nazwa przychodni lub kliniki

.....
rodzaj dokumentacji medycznej

.....
podpis pacjenta

.....
Data i podpis osoby przyjmującej podanie

.....
Uzgodniona data wykonania kopii dokumentacji

Odebrałem\am.....stron

.....
Data odbioru kopii dokumentacji medycznej oraz podpis osoby odbierającej