

.....
Imię i nazwisko wnioskodawcy

.....
miejsowość, data

.....
Adres wnioskodawcy

.....
Dowód tożsamości wnioskodawcy

SPECJALMED SP. Z O.O.
32-410 Dobczyce, ul. Zarabie 35c

Wniosek o udostępnienie dokumentacji medycznej

- 1. Zwracam się z prośbą o wydanie kopii dokumentacji medycznej:
Pacjenta:
Imię nazwisko
Adres
PESEL

Sporządzonej w tutejszej poradni.

- 2. Dokumentacja dotyczy leczenia we wszystkich poradniach placówki.
.....

- 3. Dokumentacja dotyczy leczenia realizowanego przez wszystkich lekarzy.
.....

- 4. Rodzaj dokumentacji medycznej.
.....

- 5. Za okres:
od do

- 6. Forma odbioru dokumentacji:
Odbiór:
 osobisty
 przez osobę upoważnioną.....
imię, nazwisko, dowód tożsamości

.....
Data i podpis osoby przyjmującej wniosek

.....
czytelny podpis wnioskodawcy