

 **Załącznik nr 1**

 **PODANIE O WYDANIE KOPII DOKUMENTACJI MEDYCZNEJ**

 …………………………………

Miejscowość, data

 Dane pacjenta Dane osoby składającej wniosek

……………………………………….   ……………………………………….

 Imię i Nazwisko Imię i Nazwisko

……………………………………………… ………………………………………………  Pesel  Pesel

………………………………………… ……………………………………………

 Adres Adres

………………………………………… ……………………………………………

 Adres email Adres email

 …………………………………………………………………………………..

 Telefon

Ja, niżej podpisany, legitymujący się dowodem osobistym nr……………………………,

wydanym przez …………………………………………………………………., zwracam się

z prośbą o wydanie kopii dokumentacji medycznej (poniżej wpisać rodzaj dokumentacji)

………………………………………………………………………………………………………………………

dotyczącej pacjenta …………………………………………………………………………….

Dokumentację w formie elektronicznej/papierowej\* odbiorę osobiście/proszę o przesłanie na w/w adres/ adres email\*

……………………………………….

Czytelny podpis

……………………………………….

Czytelny podpis osoby przyjmującej

\* niewłaściwe skreślić

Dokumentację odebrano osobiście/przesłano na w/w adres/ adres email\* w dniu ……………..

……………………………………….

Czytelny podpis osoby udostępniającej