

.....  
Imię i nazwisko wnioskującego

.....  
Miejscowość i data

.....  
PESEL

.....  
Adres zamieszkania

.....  
Telefon

### Wniosek o wydanie kopii dokumentacji medycznej

Proszę o wydanie kserokopii dokumentacji medycznej z:

Poradni.....

za okres .....,

Dokumentacja medyczna jest mi potrzebna:

- do kontynuacji leczenia\*,
- do celów ubezpieczeniowo-odszkodowawczych\*.

Przygotowaną dokumentację medyczną odbiorę osobiście\* / przez upoważnioną osobę  
(konieczne pisemne upoważnienie)

Jednocześnie zobowiązuję się do wniesienia opłaty za wykonanie kopii dokumentów wg  
obowiązującego cennika Zakładu.

Podstawa prawna: Ustawa z dnia 6 listopada 2008 r. o prawach pacjenta i Rzeczniku  
Praw Pacjenta (tekst jednolity z 2012 r. Dz. U. Nr 0, poz. 159, z późn. zm.).

.....  
Czytelny podpis wnioskującego

\* niepotrzebne skreślić