

.....  
Imię i nazwisko pacjenta

.....  
Miejscowość, data

.....  
Adres

.....  
Telefon

.....  
PESEL pacjenta

.....  
Imię i nazwisko opiekuna prawnego

.....  
Osoba przyjmująca wniosek do realizacji

**Dyrektor WS – SP ZOZ w Zgorzelcu  
ul. Lubańska 11 – 12**

### **WNIOSEK**

#### **o udostępnienie dokumentacji medycznej pacjenta**

I. Zwracam się z prośbą o udostępnienie mojej dokumentacji medycznej:

- wydanie kserokopii,
- wydruku,
- do wglądu w siedzibie podmiotu \*

w zakresie danych:

1. nazwa oddziału / poradni / pracowni: .....
2. okres leczenia: .....

II. Oświadczam że:

- o udostępnienie dokumentacji medycznej w w/w sposób i w powyższym zakresie wnioskuję po raz pierwszy,
- o udostępnienie dokumentacji medycznej w w/w sposób i w powyższym zakresie wnioskuję po raz kolejny. \*

\* właściwie zaznaczyć

.....  
podpis wnioskodawcy

Potwierdzam odbiór wnioskowanej dokumentacji.

.....  
data i podpis osoby odbierającej dokumentację

Potwierdzam wydanie wnioskowanej dokumentacji

.....  
data i podpis osoby wydającej dokumentację