

Bierutów, dn.

.....
Nazwisko i imi wnioskodawcy

.....
Adres wnioskodawcy

.....
Dowód to samo ci wnioskodawcy

Zespół Publicznych Zakładów Opieki Zdrowotnej w Bierutowie

Wniosek o udostępnienie dokumentacji medycznej

Zwracam się z prośbą o wydanie kopii dokumentacji medycznej:

1. Pacjenta:
Nazwisko i imi
.....
Adres zamieszkania
.....
PESEL

sporządzonej w tutejszej placówce.

2. Dokumentacja dotyczy leczenia w:
.....

3. Rodzaj dokumentacji medycznej:
.....

4. Za okres:
od do

5. Cel wydania:
.....

6. Odbiór:
 osobisty
 przez osobę upoważnioną
Nazwisko i imi, dowód to samo ci

.....
Data i podpis osoby przyjmującej wniosek

.....
Czytelny podpis wnioskodawcy