

WNIOSEK O UDOSTĘPNIENIE DOKUMENTACJI MEDYCZNEJ

1. Poradnia *(zaznaczyć właściwe):*

- Poradnia medycyny sportowej
 Poradnia chirurgii urazowo– ortopedycznej dla dzieci
 Ortopedia
 Neurochirurgia

2. Okres leczenia:

3. Osoba składająca wniosek *(zaznaczyć właściwe):*

- Pacjent
 Przedstawiciel ustawowy Pacjenta
 Osoba upoważniona przez Pacjenta

Dane pacjenta, którego dokumentacja dotyczy:

Imię i nazwisko:

PESEL:.....

Adres zamieszkania:

Dane osoby wnioskującej *(przedstawiciel ustawowy pacjenta / osoba upoważniona przez pacjenta) o wydanie dokumentacji: (wypełnić w przypadku, gdy wnioskodawcą jest inna osoba niż pacjent)*

Imię i nazwisko:

PESEL:.....

Adres zamieszkania:

.....
miejsowość, data

.....
podpis wnioskodawcy