



# WNIOSEK O WYDANIE DOKUMENTACJI MEDYCZNEJ

---

Niepubliczna Przychodnia Medycyny Rodzinnej „ZDROWIE”

ul. Marii Skłodowskiej-Curie 24A, 14-200 Ława

ul. Mierosławskiego 12, 14-200 Ława

## Dane pacjenta:

Imię i nazwisko: .....

PESEL: .....

Adres zamieszkania: .....

Telefon kontaktowy: .....

## Wniosuję o wydanie dokumentacji medycznej w zakresie:

historii choroby

dokumentacji z okresu: od ..... do .....

innej (jakiej?): .....

Forma udostępnienia dokumentacji:

do wglądu w przychodni

kopia papierowa

## Dane osoby upoważnionej do odbioru dokumentacji (jeśli dotyczy):

Imię i nazwisko: .....

PESEL: .....

Rodzaj dokumentu tożsamości: .....



NIEPUBLICZNA PRZYCHODNIA  
MEDYCYNY RODZINNEJ „ZDROWIE”  
W ŁAWIE

Oświadczenie wnioskodawcy:

Oświadczam, że powyższe dane są zgodne z prawdą. Jestem świadomy/a odpowiedzialności za posługiwanie się danymi osobowymi innej osoby bez upoważnienia.

.....

(data i czytelny podpis wnioskodawcy)

### **Wypełnia pracownik przychodni:**

Data wpływu wniosku: .....

Data wydania dokumentacji: .....

Forma wydania: .....

Dokumentację wydał: .....

Uwagi: .....