

## PP4 F1 Wniosek o udostępnienie dokumentacji medycznej

.....  
(imię i nazwisko osoby / wnioskodawcy,  
której dokumentacja dotyczy)

.....  
(data)

.....  
(adres zamieszkania)

--	--	--	--	--	--	--	--	--	--

(PESEL)

.....  
(określenie rodzaju dokumentacji medycznej)

.....  
(nazwa oddziału/poradni – której dokumentacja dotyczy)

.....  
(leczenie od – do)

.....  
(czytelny podpis wnioskodawcy lub osoby upoważnionej)

.....  
(decyzja Dyrektora lub osoby upoważnionej  
data i podpis)

.....  
(termin odbioru dokumentacji medycznej)

Oryginał/kopia\*

.....  
(potwierdzenie odbioru dokumentacji medycznej  
data i czytelny podpis wnioskodawcy)

.....  
(potwierdzenie tożsamości wnioskodawcy  
na podstawie dowodu osobistego – Seria i Nr)

.....  
(data i czytelny podpis osoby wydającej  
dokumentację medyczną)

\*niepotrzebne skreślić