

Nr sprawy ..... / ..... r.

**Wniosek o wydanie kserokopii/oryginału dokumentacji medycznej  
z leczenia ambulatoryjnego**

Nazwisko i imię .....

PESEL/ Data urodzenia ..... Telefon .....

Adres zamieszkania .....

Wnioskuje o udostępnienie kserokopii dokumentacji medycznej z leczenia ambulatoryjnego:

z okresu od ..... do .....

w Poradni .....

Zakres udostępnionej dokumentacji medycznej obejmuje:

- |   |   |
|---|---|
| <input type="checkbox"/> kompletną historię zdrowia i choroby | <input type="checkbox"/> wyniki badań laboratoryjnych |
| <input type="checkbox"/> wyniki badań diagnostycznych         | <input type="checkbox"/> inne (wymienić jakie)        |

Upoważniam do odbioru kserokopii dokumentacji medycznej Pana/ Panią:

Imię i nazwisko ..... Telefon .....

zamieszkałego/ą .....

 Dokumentację, o która wnioskuje odbiorę osobiście.....  
Proponowany termin odbioru.....  
Podpis osoby przyjmującej wniosek.....  
Data i podpis zamawiającego

**Wydanie kserokopii dokumentacji medycznej z leczenia ambulatoryjnego.**

Liczba stron ..... Zapłacono kwotę .....

.....  
Podpis osoby wydającej dokumentację

Kwituję odbiór zamówionej kserokopii dokumentacji medycznej.

.....  
Imię i nazwisko odbierającego.....  
Data i podpis odbierającego

Nr dowodu osobistego odbierającego .....