



Niepubliczny Zakład Opieki Zdrowotnej
Przychodnia Lekarsko – Rehabilitacyjna NIKOMED
ul. Świętochowskiego 2, 01-318 Warszawa
NIP – 799-189-93-23 REGON – 140779986
tel./fax. 22/ 665 41 07

dnia.....

WNIOSEK O UDOSTĘPNIENIE DOKUMENTACJI MEDYCZNEJ

PROSZĘ WYPEŁNIĆ CZYTELNIIE DRUKOWANYMI LITERAMI

WNIOSKODAWCA:

Imię i nazwisko.....PESEL

Adres.....tel:

Proszę o udostępnienie dokumentacji medycznej:

- wydanie kserokopii kart zabiegowych za okres.....
- wydanie kserokopii historii choroby
- wydanie zaświadczenie o wykonanym leczeniu / planowanym leczeniu (zaznaczyć właściwe)

*Proszę wypełnić tylko wówczas, gdy dokumentacje odbierać będzie inna osoba niż pacjent, którego dotyczy dokumentacja.

Ja niżej podpisana/y, legitymująca/y się dowodem osobistym

zwracam się z prośbą o sporządzenie i wydanie dokumentacji medycznej zaznaczonej

powyżej oraz upoważniam.....

legitymująca/cego się dowodem osobistym..... Wydanym przez

..... do odbioru dokumentacji.

SPOSÓB ODBIORU DOKUMENTACJI:

- dokumentację odbiorę osobiście
- przez osobę upoważnioną

.....

Data i podpis osoby przyjmującej wniosek

.....

Data i podpis osoby składającej wniosek

Potwierdzam odbiór dokumentacji medycznej

(data i podpis osoby wydającej dokumentację)