..... Lipnica Murowana, , dn. …….....
Nazwisko i imię wnioskodawcy

.....
Adres wnioskodawcy

.....
Dowód tożsamości wnioskodawcy

Samodzielny Publiczny Gminny Zakład Opieki Zdrowotnej w Lipnicy Murowanej
32-724 Lipnica Murowana, nr 49

Wniosek o udostępnienie dokumentacji medycznej

Zwracam się z prośbą o wydanie kopii dokumentacji medycznej:

1. Pacjent: ……....
   Adres : …….
   PESEL: ……

sporządzonej w tutejszej placówce.

2. Dokumentacja dotyczy leczenia we wszystkich poradniach placówki.

.....

3. Dokumentacja dotyczy leczenia realizowanego przez wszystkich lekarzy.

.....

4. Rodzaj dokumentacji medycznej:

.....

5. Za okres:
   od..... do.....

6. Forma odbioru dokumentacji:

   Odbiór:
   - ☐ osobisty
   - ☐ przez osobę upoważnioną .....
     Nazwisko i imię, dowód tożsamości

7. Forma udostępnienia dokumentacji:

8. Forma złożenia wniosku:

....
Data i podpis osoby przyjmującej wniosek Czytelny podpis wnioskodawcy