

Miejscowość, data

DANE PACJENTA

Imię i nazwisko pacjenta

Nr PESEL

Adres (miejscowość, ulica)

CENTRUM MEDYCZNE POLSKIE ZDROWIE

05-825 Grodzisk Mazowiecki, ul. Sienkiewicza 45

WNIOSEK O WYDANIE KOPII DOKUMENTACJI MEDYCZNEJ

Ja, niżej podpisany(-a), _____

zwracam się z prośbą o sporządzenie i wydanie kopii dokumentacji medycznej:

mojej historii choroby historii choroby dziecka karty szczepień dziecka

Imię i nazwisko dziecka, PESEL (jeśli dotyczy)

Do odbioru dokumentacji upoważniam: _____ odbiorę osobiście

O dokumentację wnioskuję: po raz pierwszy kolejny raz

data i czytelny podpis wnioskodawcy

POTWIERDZENIE ODBIORU KOPII DOKUMENTACJI MEDYCZNEJ

Ja, niżej podpisany(-a) _____

potwierdzam odbiór kopii dokumentacji medycznej.

data i czytelny podpis osoby odbierającej dokumentację

data i czytelny podpis osoby udostępniającej dokumentację