

Olsztyn, dn.

Wniosek o udostępnienie dokumentacji medycznej

W imieniu
Nazwa podmiotu udzielającego świadczeń zdrowotnych

.....
wnoszę o udostępnienie dokumentacji medycznej w formie wyciągu, odpisu, kopii, na elektronicznym nośniku danych*

.....
Dane pacjenta (imię, nazwisko, data urodzenia, PESEL)

i oświadczam, iż niezbędna jest do zapewnienia ciągłości świadczeń zdrowotnych.

*niepotrzebne skreślić

.....
Podpis i pieczętka upoważnionej osoby
(kierownika jednostki, w przypadku innych osób dołączyć upoważnienie)