

WNIOSEK
o wydanie kserokopii dokumentacji medycznej

I. Ja niżej podpisany/a

.....

PESEL zwracam się z prośbą
o przygotowanie kserokopii mojej dokumentacji medycznej z
poradni z okresu

II. Ja niżej podpisany/a

.....

PESEL jako
upoważniony/przedstawiciel ustawowy* zwracam się z prośbą
o przygotowanie kserokopii dokumentacji medycznej pacjenta

.....

PESEL
poradni z okresu

*Właściwe podkreślić

.....
Data i podpis pacjenta składającego wniosek

.....
Data i podpis pracownika CM MEDYK przyjmującego
wniosek

.....
Data i podpis pracownika CM MEDYK wydającego
ksero dokumentacji medycznej

.....
Podpis pacjenta odbierającego ksero
dokumentacji medycznej