**Przychodnia Lekarska Diamed Sp. z o.o.**
30-695 Kraków, ul. Schweitzera 7,
Tel. 12 371 19 00 Fax: 12 371 19 33
061/200072

# WNIOSEK O WYDANIE KOPII DOKUMENTACJI MEDYCZNEJ DZIECKA

z dnia ……

**Dane dziecka:**

Nazwisko

Imię

PESEL

Ulica / nr domu

Kod pocztowy, Miejscowość

Zwracam się z prośbą o wydanie kopii dokumentacji medycznej historii choroby dziecka znajdującej się w Państwa posiadaniu za okres:

od dnia ……/…../……..... r do dnia: …./…../……..... r **oraz upoważniam: Panią/Pana**

……

**PESEL …… TEL. KOM. ……**

**do odbioru dokumentacji.**

…… ……

Data i podpis osoby przyjmującej wniosek

Data i podpis osoby składającej wniosek
Rodzica / Opiekuna prawnego dziecka

---

## POTWIERDZENIE ODBIORU KOPII DOKUMENTACJI MEDYCZNEJ

☐ dokumentację odbiorę osobiście
Potwierdzam odbiór kopii dokumentacji medycznej mojej historii choroby.

…… … ……

Data i podpis osoby wydającej dokumentację

Data i podpis osoby odbierającej dokumentację

☐ dokumentację proszę przesłać na adres e-mail: ...……@……
Potwierdzam wysłanie dokumentacji medycznej

……

Data i podpis osoby wydającej dokumentację