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

z dnia ……

Dane pacjenta:

Nazwisko

Imię

PESEL

Ulica / nr domu

Kod pocztowy, Miejscowość

Zwracam się z prośbą o wydanie kopii dokumentacji medycznej mojej historii choroby znajdującej się w Państwa posiadaniu.

za okres od dnia: ……/…../…….... r do dnia: …./…../……... r

……..…. ……
Data i podpis osoby przyjmującej wniosek Data i podpis osoby składającej wniosek

- - - -