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 **oraz upoważniam: Panią/Pana**

…………………………………………………..……………………………………..….…….

PESEL ………………………………………..……… TEL. KOM. ……….……………….…………..….

do odbioru dokumentacji.

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

---

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