

WNIOSEK O WYDANIE KSEROKOPII DOKUMENTACJI MEDYCZNEJ

Ja _____, zamieszkała/y w _____
(imię/imiona i nazwisko)

przy ul. _____, legitymująca/y się _____
(seria i numer dokumentu)

Proszę o wydanie kserokopii dokumentacji medycznej

1. Imię i Nazwisko Pacjenta, którego dokumentacja dotyczy _____ Pesel _____
2. proszę o wydanie dokumentacji medycznej **niepotrzebne skreślić*
 - a) zaświadczenia lekarskiego o zdolności do uprawiania sportu
 - b) badań laboratoryjnych z dnia _____
 - c) dokumentacji medycznej będącej w posiadaniu ZOZ SALUS Ostrzeszów z dnia _____
3. Kopię dokumentacji medycznej należy odebrać osobiście w rejestracji przychodni.

miejsowość, data

podpis osoby składającej wniosek

Podpis osoby przyjmującej wniosek _____