

## Wniosek o udostępnienie dokumentacji medycznej

Ja niżej podpisany/-a....., imię i nazwisko

posiadający/-a PESEL o nr ....., zwracam się z wnioskiem o sporządzenie i wydanie kopii dokumentacji medycznej lub fragmentu dokumentacji medycznej obejmującego:

- .....,
- .....,
- .....,
- .....

znajdujących się w Państwa posiadaniu, dotyczącej mojej osoby.

.....

data i czytelny podpis Pacjenta