



Prestige

Opole dn.....

WNIOSEK O UDOSTĘPNIENIE INDYWIDUALNEJ DOKUMENTACJI MEDYCZNEJ

Imię - _____

Nazwisko - _____

Tel. - _____

Ja, niżej podpisany/-a zwracam się z prośbą o wydanie mi kopii, wyciągu, odpisu dokumentacji medycznej związanej z leczeniem pacjenta:

Imię - _____

Nazwisko - _____

Pesel - _____

Adres - _____

Uwagi:

1. - _____

2. - _____

.....

(data i podpis)

POTWIERDZENIE ODBIORU INDYWIDUALNEJ DOKUMENTACJI MEDYCZNEJ

Potwierdzam odbiór dokumentacji medycznej w dniu _____

.....

(data i podpis)