



Niepubliczny Zakład Opieki Zdrowotnej  
Przychodnia Lekarsko – Rehabilitacyjna NIKOMED  
ul. Świętochowskiego 2, 01-318 Warszawa  
NIP – 799-189-93-23 REGON – 140779986  
tel./fax. 22/ 665 41 07

dnia.....

## WNIOSEK O UDOSTĘPNIENIE DOKUMENTACJI MEDYCZNEJ

PROSZĘ WYPEŁNIĆ CZYTELNE DRUKOWANYMI LITERAMI

WNIOSKODAWCA:

Imię i nazwisko.....PESEL.....

Adres.....tel:.....

Proszę o udostępnienie dokumentacji medycznej:

wydanie kserokopii kart zabiegowych za okres.....

wydanie kserokopii historii choroby

wydanie zaświadczenie o wykonanym leczeniu

\*Proszę wypełnić tylko wówczas, gdy dokumentacje odbierać będzie inna osoba niż pacjent, którego dotyczy dokumentacja.

Ja niżej podpisana/y, legitymująca/y się dowodem osobistym .....

zwracam się z prośbą o sporządzenie i wydanie dokumentacji medycznej zaznaczonej

powyżej oraz upoważniam.....

legitymująca/cego się dowodem osobistym..... Wydanym przez

..... do odbioru dokumentacji.

SPOSÓB ODBIORU DOKUMENTACJI:

dokumentację odbiorę osobiście

przez osobę upoważnioną

.....

Data i podpis osoby przyjmującej wniosek

.....

Data i podpis osoby składającej wniosek

Potwierdzam odbiór dokumentacji medycznej .....

(data i podpis osoby wydającej dokumentację)