

Tarnowo Podgórne, dnia.....

.....  
Imię i nazwisko osoby składającej wniosek

.....  
Adres

.....  
PESEL

.....  
Tel.

**Przychodnia Lekarza Rodzinnego Saluber**

**ul. Sportowa 1**

**62-080 Tarnowo Podgórne**

**Tel. 61 814 62 62**

## **WNIOSEK O UDOSTĘPNIENIE DOKUMENTACJI MEDYCZNEJ**

Proszę o udostępnienie odpisu dokumentacji medycznej w celu .....

.....  
..... w okresie .....

.....  
Data i podpis osoby przyjmującej wniosek

.....  
Data i podpis wnioskodawcy

**DANE PACJENTA, KTÓREGO DOTYCZY WNIOSEK:**

(Wypełnić w przypadku składania wniosku przez osobę inną niż pacjent, którego dokumentacja dotyczy)

.....  
Imię i nazwisko

.....  
PESEL

.....  
Adres

.....  
Tel.

**TYTUŁ PRAWNY DO UZYSKANIA DOKUMENTACJI:**

- Wniosek składa przedstawiciel ustawowy pacjenta
- Wniosek składa osoba upoważniona, wskazana w dokumentacji medycznej
- Wniosek składany po śmierci pacjenta przez osobę bliską (po weryfikacji pokrewieństwa)

**POTWIERDZENIE ODBIORU**

Potwierdzam odbiór dokumentacji medycznej w dniu .....

.....  
Data i podpis osoby wydającej dokumentację

.....  
Data i podpis wnioskodawcy