

**WNIOSEK O WYDANIE KOPII DOKUMENTACJI**

.....  
pieczęć firmowa ( NIP, REGON, Nr umowy z NFZ)

**MEDYCZNEJ**

\_\_\_\_\_  
Miejscowość i data

**Dane pacjenta:**

\_\_\_\_\_  
Imię i nazwisko

\_\_\_\_\_  
Adres zamieszkania,

Ja niżej podpisany / -a legitymujący się dowodem osobistym PESEL nr .....  
zwracam się z prośbą o wydanie kopii dokumentacji medycznej mojej choroby w celu

.....  
Podpis pacjenta

.....  
czytelny podpis osoby przyjmującej wniosek

**Potwierdzenie odbioru dokumentacji**

Ja niżej podpisany / -a potwierdzam że w dniu ..... otrzymałem /otrzymałam kopię  
dokumentacji medycznej mojej choroby

.....  
Podpis pacjenta

*UWAGA: Wniosek należy dołączyć do kartoteki / historii choroby pacjenta*

.....  
pieczęć firmowa ( NIP, REGON, Nr umowy z NFZ)

## UPOWAŻNIENIE DO ODBIORU KOPII DOKUMENTACJI MEDYCZNEJ

.....  
Miejscowość i data

### **Dane pacjenta / wnioskodawcy:**

.....  
Imię i nazwisko

.....  
Adres zamieszkania,

Ja niżej podpisany / -a legitymujący się dowodem osobistym nr PESEL.....

Upoważniam pana / panią

.....  
Imię i nazwisko

legitymującego / legitymującą się dowodem osobistym nr PESEL ..... do odbioru kopii dokumentacji medycznej mojej choroby .

.....  
Podpis pacjenta

.....  
czytelny podpis osoby przyjmującej wniosek

### **Potwierdzenie odbioru dokumentacji**

Ja niżej podpisany / -a legitymujące / -ca się dowodem osobistym nr PESEL ..... potwierdzam, że w dniu ..... otrzymałem /-am kopię dokumentacji medyczną pana / pani :

.....  
Imię i nazwisko

.....  
czytelny podpis osoby odbierającej dokumentację

.....  
czytelny podpis osoby wydającej dokumentację

*UWAGA: Upoważnienie należy dołączyć do kartoteki / historii choroby pacjenta*