

Warszawa, dn. ....

## WNIOSEK O WYDANIE DOKUMENTACJI MEDYCZNEJ

Ja, niżej podpisany/a, zwracam się z uprzejmą prośbą o wydanie dokumentacji medycznej:

.....  
(dane pacjenta, którego dotyczy dokumentacja – imię, nazwisko, adres, PESEL)

poprzez:

- ☐ wydanie kserokopii poświadczonej za zgodność z oryginałem umożliwienie wglądu do dokumentacji  
☐ w NZOZ CPP wydanie w innej formie (wyciągu, zaśw. o leczeniu):  
☐ .....

Lekarz prowadzący: .....

Zakres dat dokumentacji (wypełnić jeśli dotyczy lub przekreślić): .....

Dokumentację medyczną:

- ☐ odbiorę osobiście  
☐ upoważniam do odbioru: .....

(imię, nazwisko, nr dokumentu tożsamości)

Zobowiązuję się do pokrycia kosztów wykonania kserokopii dokumentacji, zgodnie z cennikiem obowiązującym w NZOZ CPP.

\_\_\_\_\_  
czytelny podpis

Potwierdzenie odebrania kserokopii dokumentacji medycznej / wyciągu / zaświadczenia\*:

Odebrałam/em dnia .....

\_\_\_\_\_  
czytelny podpis

\*niepotrzebne skreślić