

.....
(imię i nazwisko wnioskodawcy)

Gdynia, dn.....

.....
(adres zamieszkania)

-
- ☐ pacjent *)
 - ☐ przedstawiciel ustawowy*)
 - ☐ osoba upoważniona przez pacjenta*)

WNIOSEK O UDOSTĘPNIENIE DOKUMENTACJI MEDYCZNEJ

Zwracam się z prośbą o udostępnienie dokumentacji medycznej
(rodzaj/zakres dat)

.....
(dane pacjenta: imię i nazwisko, PESEL, adres zamieszkania)

w formie:

- ☐ wyciągu *)
- ☐ odpisu *)
- ☐ kopii *)

oraz o przekazanie dokumentacji w następujący sposób:

- ☐ odbiór osobisty *)
- ☐ przesyłką pocztową na adres wskazany poniżej **)
- ☐ pocztą elektroniczną na adres e-mail wskazany poniżej ***)

.....
(adres do korespondencji / adres e-mail)

.....
(podpis wnioskodawcy)

*) zakreślić właściwe

) Dokumentacja może zostać przesłana przesyłką pocztową na wniosek wnioskodawcy, **po uprzednim uiszczeniu opłaty odpowiadającej kosztom wysyłki.

***) Dokumentacja przekazywana drogą elektroniczną zostanie przesłana **w postaci zaszyfrowanych plików** na wskazany adres e-mail.