



Samorządowy Publiczny Zakład Opieki Zdrowotnej w Białobrzegach Sp. z
o.o. ul. Spacerowa 10, 26-811 Białobrzegi, tel. 48 613 28 70, fax: 48 613 23 85

.....
Miejscowość, data

.....
Imię i nazwisko wnioskodawcy
(pacjent lub jego przedstawiciel ustawowy)

.....
Adres

.....
Telefon kontaktowy

Wniosek o udostępnienie dokumentacji medycznej

Wnoszę o udostępnienie mi dokumentacji medycznej dotyczącej pacjenta:

..... w zakresie:
(Imię i nazwisko pacjenta i jego nr PESEL)

- ☐ całej dokumentacji medycznej;
- ☐ dokumentacji medycznej dotyczącej okresu:
- ☐ wybranych dokumentów znajdujących się w dokumentacji medycznej, tj:
- 1) POZ.....;
 - 2) AOS.....;
 - 3) Inne.....

.....
Proszę o udostępnienie mi wskazanej dokumentacji medycznej:

- ☐ w formie kopii;
- ☐ na elektronicznym nośniku danych (np. płyta cd);
- ☐ inna forma udostępnienia dokumentacji medycznej:

.....
Podpis

Potwierdzenie odbioru indywidualnej dokumentacji medycznej

Potwierdzam odbiór dokumentacji medycznej w dniu.....

.....
Data i podpis