

.....
miejsowość, data**WNIOSEK O WYDANIE KOPII DOKUMENTACJI MEDYCZNEJ**

Ja, niżej podpisany/a,

zamieszkały/a

PESEL

Proszę o wydanie*:

1. Kopii **całej dokumentacji** medycznej dotyczącej mojej osoby obejmującej leczenie w poradni gastroenterologicznej / proktologicznej.
2. Kopii **części historii** dotyczącej leczenia specjalistycznego w poradni gastroenterologicznej / proktologicznej:
(od – do)
3. Kopię opisu badania / badań:
z dnia:

Jednocześnie zobowiązuję się do pokrycia kosztów przygotowanych kserokopii w wysokości zgodnej z obowiązującymi przepisami.

.....
Czytelny podpis pacjenta

* niepotrzebne skreślić