



.....  
Data i miejscowość

## WNIOSEK O WYDANIE DOKUMENTACJI MEDYCZNEJ

### DANE WNIOSKODAWCY:

Imię i nazwisko .....

PESEL .....

Adres zamieszkania .....

Numer telefonu .....

### DANE PACJENTA, którego dokumentacja dotyczy:

*(wypełnić w przypadku, gdy wnioskodawcą jest osoba inna niż pacjent)*

Imię i nazwisko: .....

PESEL: .....

### Wnioskuje o:

- Wydanie kopii dokumentacji medycznej
- Umożliwienie wglądu do dokumentacji w Archiwum Szpitala

### Określenie rodzaju dokumentacji medycznej, wraz z nazwą oddziału i okresem leczenia:

.....

.....

.....

.....

.....

### Wnioskowaną dokumentację odbiorę:

- Osobiście
- Proszę wysłać pocztą na adres: .....
- Proszę wysłać na adres e-mail: .....tel. komórkowy.....

Oświadczam, iż zobowiązuję się **do poniesienia kosztów ewentualnej przesyłki pocztowej**, zgodnie z obowiązującym aktualnie cennikiem w Europejskim Centrum Zdrowia w Otwocku.

.....  
Podpis osoby przyjmującej wniosek

.....  
Czytelny podpis wnioskodawcy