



Warszawa, dnia

Wniosek o udostępnienie dokumentacji medycznej

☐ STOMATOLOGICZNEJ

☐ ORTODONTYCZNEJ

1. Dane Wnioskodawcy:

Imię i nazwisko **Rodzica/Opiekuna prawnego**

Adres zamieszkania:

Nr PESEL

2. Dokumentacja medyczna dotyczy **Pacjenta**:

Imię i nazwisko **Pacjenta**:

Adres zamieszkania:

Nr PESEL

3. Wnioskuje o (zaznaczyć „x” we właściwym wierszu):

☐ wypis z dokumentacji medycznej (bez opłaty)

☐ wypis z dokumentacji medycznej z wynikami badań RTG (bez opłaty)

☐ na płycie CD

☐ elektronicznie

☐ wypis z dokumentacji medycznej z wynikami RTG i modelami diagnostycznymi
(koszt powielenia kompletu modeli diagnostycznych – 80 zł).

4. Dokumentacja (zaznaczyć „x” we właściwym wierszu):

☐ zostanie odebrana osobiście

☐ proszę o wysłanie drogą elektroniczną na adres e-mail:

.....

☐ upoważniam do odbioru dokumentacji medycznej osobę:

Imię i nazwisko **osoby upoważnionej**:

.....

Numer i seria dowodu osobistego **osoby upoważnionej**:

.....

Powód wydania dokumentacji medycznej:

.....

Dokumentacja zostanie przygotowana dla Państwa do 14 dni.

Dziękujemy.

.....
Data i podpis **Wnioskodawcy**

.....
Data i podpis osoby **odbierającej dokumentację**