

Gliwice,dnia.....

**WNIOSEK NR...../20.....**  
o wydanie kserokopii dokumentacji medycznej

**1.Dokumentacja medyczna dotyczy Pacjenta**

Imię i Nazwisko.....

Adres zamieszkania.....

PESEL

--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--

Numer telefonu kontaktowego .....

**2. Rodzaj dokumentacji medycznej**

- podać nazwę poradni/oddziału
- podać datę z jakiego okresu
- 

.....

**CEL** .....

**3. Wnioskodawca\*)**

Imię i Nazwisko .....

Adres zamieszkania.....

PESEL

--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--

4.Wnioskuje o wydanie kserokopii dokumentacji medycznej określonej w punkcie 2 i zobowiązuje się do pokrycia kosztów jej wykonania zgodnie z cennikiem obowiązującym w Szpitalu Wielospecjalistycznym w Gliwicach.

.....  
czytelny podpis wnioskodawcy

Podpis i data osoby akceptującej wydanie dokumentacji.....

Podpis i data osoby wydającej dokumentację.....

Podpis i data osoby odbierającej dokumentację.....

---

\*wypełnić w przypadku gdy wnioskodawca zwraca się o udostępnienie dokumentacji jako przedstawiciel ustawowy pacjenta lub z upoważnienia pacjenta

Data przekazania dokumentacji do sprawdzenia.....

Data przekazania dokumentacji do podpisu za zgodność z oryginałem do Pełnomocnika

.....