

# WNIOSEK O UDOSTĘPNIENIE DOKUMENTACJI MEDYCZNEJ

Toruń, dnia .....

Imię i nazwisko

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

PESEL

**Wojskowa Specjalistyczna  
Przychodnia Lekarska SPZOZ  
w Toruniu**

Adres zamieszkania

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

Nr telefonu

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

Nr kartoteki

Wnioskuje o:

- wgląd do dokumentacji medycznej**
- wydanie kopii, wyciągu, odpisu dokumentacji medycznej**
- po raz pierwszy**                       **po raz kolejny w wybranym zakresie**

Dokumentacja dotyczy leczenia w .....  
(Nazwa poradni)

zakres udostępnianej dokumentacji:                      strony: od ..... do.....    data: od ..... do.....

Dokumentacja medyczna dziecka do 18 roku życia\*

Imię i nazwisko .....                      PESEL    

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

Adres zamieszkania: .....

Dokumentację medyczną\*\*:

- odbiorę osobiście
- odbierze osoba upoważniona

upoważniam .....  
(Imię i nazwisko, nr dowodu tożsamości)

.....  
(Miejscowość i data)

.....  
(Data i czytelny podpis osoby upoważniającej)

\* Wypełnić w przypadku gdy wnioskodawca wnioskuje o udostępnienie dokumentacji jako przedstawiciel ustawowy pacjenta

\*\* Zaznaczyć odpowiednią kratkę