

Imię i nazwisko Pacjenta .....  
Adres zamieszkania .....  
PESEL .....

**WNIOSEK O UDOSTĘPNIENIE INDYWIDUALNEJ DOKUMENTACJI MEDYCZNEJ**

Ja, niżej podpisany/-a..... zwracam się z prośbą o sporządzenie wyciągu/ sporządzenie odpisu/ sporządzenie kopii/\* mojej dokumentacji medycznej.

.....  
Data i podpis Pacjenta

(\* Uwaga - niepotrzebne skreślić)  
Zgodnie z Ustawą z dnia 6 listopada 2008 r. o prawach pacjenta i Rzeczniku Praw Pacjenta i Ustawą z dnia 29 sierpnia 1997 r. o ochronie danych osobowych.

---

**POTWIERDZENIE ODBIORU  
INDYWIDUALNEJ DOKUMENTACJI MEDYCZNEJ**

Imię i nazwisko Pacjenta .....  
Adres zamieszkania .....  
PESEL .....

Potwierdzam odbiór mojej dokumentacji medycznej w dniu.....

.....  
Podpis Pacjenta

.....  
Podpis pracownika

Zgodnie z Ustawą z dnia 6 listopada 2008 r. o prawach pacjenta i Rzeczniku Praw Pacjenta i Ustawą z dnia 29 sierpnia 1997 r. o ochronie danych osobowych.