

Tychy, dnia..... r.

.....  
Imię i nazwisko wnioskodawcy  
(pacjent lub jego przedstawiciel ustawowy)

.....  
Adres

Specjalistyczne Centrum Medyczne ARKAMEDIC  
ul. Łabędzia 67/18 Tychy

### Wniosek o udostępnienie dokumentacji medycznej

Wnoszę o udostępnienie mi dokumentacji medycznej dotyczącej pacjenta:

..... w zakresie:

(Imię i nazwisko pacjenta i jego nr PESEL)

dokumentacji medycznej dotyczącej okresu: .....

wybranych dokumentów znajdujących się w dokumentacji medycznej, tj:

1) .....

2) .....

Inny sposób określenia zakresu udostępnienia dokumentacji medycznej:

.....  
Proszę o udostępnienie mi wskazanej dokumentacji medycznej:

w formie kserokopii lub wydruku;

w postaci elektronicznej na adres e-mail:.....

.....  
Podpis wnioskodawcy

Udostępnienie dokumentacji medycznej w żądanym zakresie po raz pierwszy jest bezpłatne

Naliczono opłatę .....

---

### POKWITOWANIE

Potwierdzam odbiór.....  
(kopii oraz określenie ilości i rodzaju dokumentów)

z dokumentacji medycznej pacjenta.....  
(imię i nazwisko pacjenta)

.....  
(data i podpis osoby wydającej dokumentację)

.....  
(data i podpis wnioskodawcy)