



## Wniosek o udostępnienie dokumentacji medycznej

**1. Wnioskodawca:**

Nazwisko/Nazwa .....

Imię .....

Adres .....

Nr Pesel/Regon

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

Tel. kontaktowy .....

**2. Dokumentacja medyczna dotyczy:**

Nazwisko .....

Imię .....

Adres zamieszkania .....

Nr Pesel

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

Czasu/okresu zdarzenia .....  
*/data, godz., przedział czasowy itp./*

**3. Do jakich celów wnioskowane jest udostępnianie dokumentacji.**

.....

**4. Rodzaj dokumentacji medycznej**

.....

**5. Wnioskuję o wydanie dokumentacji medycznej określonej w pkt.4 w formie:**

- kserokopii
- odpisu/wyciągu
- oryginału

*\* właściwe podkreślić*

*Jednocześnie oświadczam, że zobowiązuje się do pokrycia wszelkich kosztów związanych z udostępnieniem dokumentacji zgodnie z obowiązującym cennikiem w CPR.*

*W przypadku wypożyczenia oryginału zobowiązuje się do jego zwrotu w terminie .....*

Cieszyn, dnia .....

.....  
*(czytelny podpis wnioskodawcy)*