

Zielona Góra, dn.

.....
Nazwisko i imię wnioskodawcy

.....
Adres wnioskodawcy

.....
Dowód to samo ci wnioskodawcy

Do Dyrektora
Zespół Rehabilitacji Dzieci i Młodzie y Niepełnosprawnej
"Promyk"

Wniosek o udost pnienie dokumentacji medycznej

Zwracam si z pro b o wydanie kopii dokumentacji medycznej:

1. Pacjenta:
Nazwisko i imię
.....
Adres zamieszkania
.....
PESEL

sporz dzonej w tutejszej placówce.

2. Dokumentacja dotyczy leczenia w:

.....

3. Rodzaj dokumentacji medycznej:

.....

4. Za okres:

od do

5. Cel wydania:

.....

6. Odbiór:

osobisty

przez osob upowa nion
Nazwisko i imię , dowód to samo ci

.....
Czytelny podpis wnioskodawcy