

**WNIOSEK PACJENTA O WYDANIE HISTORII CHOROBY
LUB INNEJ DOKUMENTACJI MEDYCZNEJ**

| | | |
|--|----------------------|--|
| IMIĘ | Dane pacjenta | |
| NAZWISKO | | |
| PESEL | | |
| ZAKRES DOKUMENTACJI (np. z jakiej Poradni) | | |
| OKRES CZASU JAKIEGO DOTYCZY DOKUMENTACJA (od kiedy do kiedy) | | |
| JEŚLI DOKUMENTACJA MA BYĆ WYDANA W INNY SPOSÓB NIŻ DO RĄK WŁASNYCH, NALEŻY OPISAĆ SPOSÓB PRZEKAZANIA (np. adres pocztowy, adres e-mail). | | |

data i podpis pacjenta

.....

data i podpis pracownika wydającego dokumentację

.....