**** ..........................................................

 *miejscowość i data*

**DANE WNIOSKODAWCY:**

...............................................................................

*imię i nazwisko*

................................................................................

*PESEL*

................................................................................

*adres zamieszkania*

................................................................................

*nr telefonu*

**WNIOSEK O UDOSTĘPNIENIE INDYWIDUALNEJ DOKUMENTACJI MEDYCZNEJ**

Działając:

□ w imieniu własnym / □ jako przedstawiciel ustawowy / □ jako osoba upoważniona
zwracam się o udostępnienie dokumentacji medycznej pacjenta:

Imię i nazwisko: ........................................................................................................................................................

|  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| PESEL |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |

Adres: ...........................................................................................................................................................

□ w oryginale do wglądu w siedzibie jednostki CMiR KRIOSONIK

□ w oryginale z obowiązkiem zwrotu po wykorzystaniu

□ przez wydanie kopii

□ przez wydanie odpisu

□ przez wydanie wyciągu obejmującego ................................................................................................,

Wniosek dotyczy dokumentacji prowadzonej w komórce organizacyjnej Centrum Medycznego
i Rehabilitacji KRIOSONIK np. ul. Wysockiego 51, 02-303 Warszawa:

□ Poradnia ............................................................ / □ Dział Fizjoterapii / □ Ośrodek Rehabilitacji Dziennej

w okresie od ............................... do ................................ .

Dokumentację □ odbiorę osobiście / □ proszę przesłać pocztową przesyłką poleconą na adres: ....................................................................................................................................................................................

Uwagi:

 ...........................................................

 *czytelny podpis*