HADMEDICA

03-044 Warszawa, ul. Płochocińska 111, tel: 22 452 40 55, email: recepcja@hadmedica.pl

**Wniosek o wydanie kopii dokumentacji medycznej**

Ja …………………………………………………………………………………

nr PESEL ………………………………………………………

legitymujący(a) się: dowodem osobistym/innym dokumentem tożsamości[[1]](#footnote-1)

seria: ……………………nr: …………………………..

zwracam się z wnioskiem o wydanie kopii dokumentacji medycznej

mojej / mojego niepełnoletniego dziecka /innego pacjenta[[2]](#footnote-2)

……………………………………………………………………………………………

Zakres dokumentacji:

□ Wyników badań diagnostycznych

□ Dokumentacji dotyczącej leczenia u: ………………………………………………………………………………

□ Całości dokumentacji medycznej

Wniosek o wydanie kopii dokumentacji medycznej jest realizowany przez Przychodnię Lekarską HADMEDICA w terminie do 14 dni.

Opłata za jedną stronę wynosi 2 zł.

Data złożenia wniosku ­­­­……………………………………………….

Pokwitowanie odbioru dokumentacji …………………………………………………………………….

Oświadczam, że odebrałem/am wskazaną we wniosku dokumentację medyczną.

1. Niepotrzebne skreślić [↑](#footnote-ref-1)
2. Niepotrzebne skreślić [↑](#footnote-ref-2)