.....
Imię i nazwisko

……..
Adres zamieszkania

……..
Numer telefonu

Mazowiecki Wojewódzki Ośrodek
Medycyny Pracy

WNIOSEK
O UDOSTĘPNIENIE DOKUMENTACJI MEDYCZNEJ

Proszę o udostępnienie dokumentacji medycznej

……
imię i nazwisko osoby, której dokumentacja dotyczy

PESEL osoby, której dokumentacja dotyczy

z Poradni .....
nazwa komórki organizacyjnej, w której udzielono świadczenia zdrowotnego

za okres ..... poprzez:

□ umożliwienie wglądu do dokumentacji w siedzibie placówki,
□ wydanie kopii dokumentacji,
□ wydanie dokumentacji w formie odpisu, wyciągu, kopii na nośniku elektronicznym***)**

Uzasadnienie wniosku

□ Dalsze leczenie
□ Inny cel (proszę wpisać jaki):……
……
……

Zobowiązuje się do pokrycia kosztów udostępnienia dokumentacji medycznej zgodnie z cennikiem obowiązującym w Mazowieckim Wojewódzkim Ośrodku Medycyny Pracy.

....
miejscowość, data czytelny podpis

***) zaznaczyć właściwe**

Uwaga!
Wniosek należy dołączyć do dokumentacji medycznej pacjenta, którego sprawa dotyczy.