

....., dn.....
Miejscowość; data

Do Dyrektora WOMP Katowice

Wniosek o udostępnienie dokumentacji medycznej po raz pierwszy w żądanym zakresie

1. Wnioskodawca:

.....
Imię i nazwisko, Pesel lub nr dokumentu tożsamości

2. Dokumentacja medyczna dotyczy:

.....
Imię i nazwisko Pacjenta/ tki, Pesel lub nr dokumentu tożsamości

3. Zakres dokumentacji medycznej:

.....

4. Wnioskuje o udostępnienie dokumentacji medycznej poprzez:

- wydanie wyciągu, odpisu, kopii lub wydruku *
- wydanie na informatycznym nośniku danych *
- za pośrednictwem środków komunikacji elektronicznej na adres

e-mail.....*

5. Dokumentację wymienioną w pkt. 3 :

- Odbiorę osobiście*
- Proszę przesać na adres:.....,
jednocześnie oświadczam, że pokryje koszty przesyłki*
- proszę przesać na adres e-mail*.....
hasło do pliku – pesel

.....
Czytelny podpis Wnioskodawcy

*niepotrzebne skreślić