

## Wniosek o udostępnienie dokumentacji medycznej

Imię i nazwisko pacjenta	.....	
Data urodzenia	.....	Telefon
Proszę o wydanie kopii dokumentacji medycznej	.....	
Dyspozycje pacjenta	Data	Podpis pacjenta
Termin odbioru	.....	Podpis osoby przyjmującej wniosek
Wyrażam zgodę	Data	Podpis pełnomocnika ISO
Kwituje odbiór	Data	Podpis pacjenta, osoby upoważnionej