

.....  
Imię i nazwisko pacjenta / przedstawiciela ustawowego

.....  
data

.....  
Pesel

.....  
Adres zamieszkania

**Zwracam się z prośbą o wydanie kserokopii dokumentacji medycznej**

.....  
Imię i nazwisko/ Pesel

.....  
z Poradni za okres ( zakres lub całość )

.....  
Podpis pracownika

.....  
podpis pacjenta

Zakres wydanej dokumentacji ( data od – do ).....

**Dokumentację otrzymałam/em**.....

Data / czytelny podpis