



Miejscowość, data: .....

## WNIOSEK O SPORZĄDZENIE KOPII DOKUMENTACJI MEDYCZNEJ

Zgodnie z zapisami ustawy z dnia 6 Listopada 2008r. o prawach pacjenta i Rzeczniku Praw Pacjenta, wnoszę o sporządzenie

kopii dokumentacji medycznej z komórki organizacyjnej: .....

prowadzonej przez lekarza .....

będącej własnością podmiotu leczniczego NZOZ "Stary Browar" z siedzibą w Lęborku.

### Dane osobowe pacjenta:

.....  
.....  
(imię i nazwisko)

.....  
.....  
(adres zamieszkania/zameldowania)

.....  
(PESEL)

.....  
data i podpis

### Dane osoby upoważnionej przez pacjenta:

.....  
.....  
(imię i nazwisko)

.....  
.....  
(adres zamieszkania/zameldowania)

.....  
(PESEL)

.....  
data i podpis

Powyższe dane osobowe potwierdzam: .....

Podpis pracownika NZOZ Stary Browar

.....  
Potwierdzam odbiór w/w dokumentacji medycznej .....

Podpis pacjenta lub innej osoby uprawnionej

.....  
Potwierdzam wydanie w/w dokumentacji: .....

Data ,podpis pracownika wydającego