Załącznik nr 1 do Zarządzenia Wewnętrznego nr 1/21

*Wnioskodawca ( pacjent lub jego przedstawiciel ustawowy):*

Łódź, dnia .....................................

*………………………………………………………*

*Imię i nazwisko*

*............................................................................ Miejskie Centrum Medyczne „Bałuty”   
Adres w Łodzi*

*Przychodnia Zdrowia*

*…........................................................................*

*NR PESEL ul………………………………….*

*………………………………………………*

*Telefon (pole nieobowiązkowe)*

# WNIOSEK O WYDANIE KSEROKOPII DOKUMENTACJI MEDYCZNEJ

**Proszę o wydanie kserokopii/ wyciągu/ odpisu dokumentacji medycznej \* dotyczącej pacjenta:**

**………………………………………………………………………………………………………………………**

( imię i nazwisko i nr PESEL)

Z leczenia (poradnia)

.................................................................................................................................................................

za okres lub wybranych dokumentów ………………………………………………………………………..

inna forma udostępnienia dokumentacji ………………………………………………………………………

Wnioskuję o kopie dokumentacji medycznej z wyżej wskazanego zakresu:

□ po raz pierwszy □ po raz kolejny

..........................................................................

*(czytelny podpis wnioskodawcy)*

*...........................................................*

*(data i podpis wydającego)*

Potwierdzam odbiór kopii dokumentacji medycznej

*........................................................................*

*(Data i podpis wnioskodawcy )*

Odpłatność ……………

Uwagi…………………………………………………………

\*niepotrzebne skreślić