……………………………………………

……………………………………………

……………………………………………

……………………………………………

*(dane nadawcy)*

……………………………………………

……………………………………………

……………………………………………

……………………………………………

*(dane podmiotu leczniczego)*

WNIOSEK O DORĘCZENIE KOPII PEŁNEJ DOKUMENTACJI MEDYCZNEJ

Ja niżej podpisana/y …………………………………………………… *(imię i nazwisko)* zwracam się z wnioskiem o wydanie kopii pełnej dokumentacji medycznej z mojego leczenia\*, odbytego w Państwa placówce oraz doręczenie ww. dokumentacji na adres………………………………………………………………………………… *(adres do korespondencji)*.

*Miejscowość, data i podpis*

*………………………………………………………………………………*

*\* istnieje możliwość wskazania konkretnego przedziału czasowego w jakim wnioskujemy o wydanie dokumentacji medycznej (np. od dnia 1 stycznia 2021 r. do dnia 31 stycznia 2021 r. lub poprzez wskazanie jedynie daty początkowej np. od dnia 1 stycznia 2021 r.), a także wskazania konkretnego oddziału/przychodni z którego chcielibyśmy otrzymać dokumentację medyczną (np. z leczenia na oddziale ortopedycznym)*