

**WNIOSEK O UDOSTĘPNIENIE INDYWIDUALNEJ
DOKUMENTACJI MEDYCZNEJ DZIECKA**

Nazwisko i imię / imiona

Data urodzenia PESELPłeć: M/K

Adres

	Przedstawiciel Ustawowy Matka ^x / Prawny opiekun ^x	Przedstawiciel Ustawowy Ojciec ^x / Prawny opiekun ^x
Nazwisko i imię		
PESEL		

Proszę o wydanie kopii ^x/ wyciągu^x/ odpisu ^x dokumentacji medycznej dotyczącej
w.w. pacjenta z poradni..... Pszczyńskiego
Ośrodka Rehabilitacyjno-Terapeutycznego za okres
dla celu dalszego leczenia ^x/ innego ^x.

Dane wnioskującego:

.....
Nazwisko i imię / PESEL lub data urodzenia/

.....
Adres Zamieszkania

.....
Data złożenia wniosku / Czytelny podpis wnioskującego

POTWIERDZENIE ODBIORU W. W. DOKUMENTACJI MEDYCZNEJ

.....
Data wydania / Ilość stron / Czytelny podpis osoby wydającej
w .w. dokumentację

.....
Data odbioru / PESEL /Czytelny podpis osoby odbierającej
w. w. dokumentację

^x - *niepotrzebne skreślić*

**WNIOSEK O UDOSTĘPNIENIE INDYWIDUALNEJ
DOKUMENTACJI MEDYCZNEJ DZIECKA**

Nazwisko i imię / imiona

Data urodzenia PESELPłeć: M/K

Adres

	Przedstawiciel Ustawowy Matka ^x / Prawny opiekun ^x	Przedstawiciel Ustawowy Ojciec ^x / Prawny opiekun ^x
Nazwisko i imię		
PESEL		

Proszę o wydanie kopii ^x/ wyciągu^x/ odpisu ^x dokumentacji medycznej dotyczącej
w.w. pacjenta z poradni..... Pszczyńskiego
Ośrodka Rehabilitacyjno-Terapeutycznego za okres
dla celu dalszego leczenia ^x/ innego ^x.

Dane wnioskującego:

.....
Nazwisko i imię / PESEL lub data urodzenia/

.....
Adres Zamieszkania

.....
Data złożenia wniosku / Czytelny podpis wnioskującego

POTWIERDZENIE ODBIORU W. W. DOKUMENTACJI MEDYCZNEJ

.....
Data wydania / Ilość stron / Czytelny podpis osoby wydającej
w .w. dokumentację

.....
Data odbioru / PESEL /Czytelny podpis osoby odbierającej
w. w. dokumentację

^x - *niepotrzebne skreślić*