

**„PRZYCHODNIA LEKARSKA OBŁUŻE II” spółka z o.o.  
NIEPUBLICZNY ZAKŁAD OPIEKI ZDROWOTNEJ PRZYCHODNIA**

**„Obłuże – Oksywie”**

81-157 Gdynia, ul. mjr. H. Sucharskiego 2

REGON 192496029

NIP 958-13-71-411

! przychodniaobluz@gmail.com

**WNIOSEK  
O UDOSTĘPNIENIE DOKUMENTACJI MEDYCZNEJ**

**DANE OSOBY SKŁADAJĄCEJ WNIOSEK :**

**Imię :** .....

**Nazwisko :** .....

**PESEL :** .....

Proszę o wydanie kopii dokumentacji medycznej

☐ mojej  
☐ mojego dziecka/dzieci.....  
(imię i nazwisko, PESEL, adres zamieszkania)

☐ osoby, w stosunku do której jestem ustanowionym sądownie opiekunem prawnym\* t.j.:

.....  
(imię i nazwisko, PESEL, adres zamieszkania)

z leczenia w:

☐ poradni lekarza podstawowej opieki zdrowotnej  
☐ poradni specjalistycznej .....  
☐ inne – .....

w okresie .....  
(data leczenia)

Dokumentację medyczną:

– odbiorę osobiście\*

- proszę przesłać na adres e-mail\*: .....

- odbierze w moim imieniu\*:

.....  
( imię i nazwisko, adres, stopień pokrewieństwa, nr telefonu )

.....  
data i podpis osoby wnioskującej

Odebrano dokumentację medyczną dnia/przesłano na wskazany adres e-mail w dniu:

.....

.....  
data i podpis Pacjenta/Osoby upoważnionej\*\*

.....  
podpis Pracownika przekazującego dokumentację medyczną\*\*\*

\*niepotrzebne skreślić

\*\*w przypadku przekazania dokumentacji medycznej drogą elektroniczną na wskazany adres e-mail należy wydrukować e-maila z przekazaniem