

Lublin, dnia .....

.....  
**Imię i nazwisko**

**PESEL** .....

.....  
**Nr Dowodu Osobistego**

**adres** .....

.....  
**Tel. kontaktowy** .....

**Dyrektor**  
**Samodzielnego Publicznego Zakładu Opieki Zdrowotnej**  
**Ministerstwa Spraw Wewnętrznych i Administracji w Lublinie**  
20-331 Lublin, ul. Grenadierów 3

Proszę o wydanie kserokopii dokumentacji medycznej:

Z leczenia szpitalnego\* - .....

.....  
..... (nr historii choroby lub termin pobytu w szpitalu, nazwa oddziału)

Z leczenia ambulatoryjnego\* -

.....  
..... (Poradnia i termin leczenia)

\*zaznaczyć – którą dokumentację

**Jednocześnie zobowiązuję się do poniesienia kosztów związanych z kserowaniem wnioskowanej dokumentacji** – zgodnie z art. 28 ustawy z dnia 06 listopada 2008 r. o prawach pacjenta i Rzeczniku Praw Pacjenta (Dz. U. 2009 r. Nr 52, poz. 417 z późn. zm.)

.....  
Czytelny podpis

Kwituję odbiór dokumentów .....

Data i podpis

---

**Wypełnia pracownik wydający dokumentację medyczną**

**Potwierdzenie wydania dokumentacji medycznej** - dokumentacja została wydana do rąk własnych osobie wnioskującej na podstawie wymienionego we wniosku dokumentu tożsamości.

Lublin, .....  
(data i czytelny podpis pracownika wydającego dokumentację medyczną)