

Olsztyn, dn. ....

## **Wniosek o udostępnienie dokumentacji medycznej**

Wnoszę o udostępnienie mojej dokumentacji medycznej w formie wyciągu, odpisu, kopii,  
na elektronicznym nośniku danych\*

Imię, nazwisko .....

Data urodzenia .....

PESEL .....

Adres zamieszkania .....

Badania były wykonywane w terminie (podać miesiąc, rok, w miarę możliwości dzień)

.....

\*niepotrzebne skreślić

.....  
czytelny podpis