

.....  
Miejscowość i data sporządzenia wniosku  
SZPZLO Warszawa Bemowo-Włochy  
Ul. Gen. Meriana C. Coopera 5  
01-315 Warszawa

# Wniosek o udostępnienie dokumentacji medycznej

## 1. WNIOSKODAWCA

Imię i Nazwisko: .....

PESEL: .....

Adres zamieszkania: .....

Telefon kontaktowy .....

## 2. DANE UCZNIĄ, KTÓREGO DOTYCZY WNIOSEK

Imię i Nazwisko: .....

PESEL: .....

Klasa: .....

## 3. ADRES DO WYSYŁKI DOKUMENTACJI UCZNIĄ ( nazwa szkoły/placówka POZ):

.....

.....

.....

## 4. TYTUŁ PRAWNY DO UZYSKANIA DOKUMENTACJI

(proszę podkreślić właściwe )

- wniosek składa pacjent, którego dokumentacja dotyczy
- wniosek składa przedstawiciel ustawowy pacjenta, który niniejszym oświadcza, iż jest przedstawicielem ustawowym pacjenta
- wniosek składa osoba upoważniona przez pacjenta (należy dołączyć do wniosku oryginał upoważnienia),

## 5. OŚWIADCZENIE

Oświadczam, że rozumiem i akceptuję sposób i tryb udostępnienia dokumentacji medycznej. ( Dz.U Warszawa 19 kwietnia 2019  
rozdział 7 art 27)

.....  
*data i podpis wnioskodawcy*