



.....  
.....

Imię i nazwisko wnioskodawcy , adres zamieszkania

.....  
Numer telefonu do kontaktu

**Centrum Medyczne ANT-MED**  
ul. Białobrzaska 13A, 37-110 Żółńia

**Wniosek o udostępnienie dokumentacji medycznej  
z poradni.....**

Wnoszę o udostępnienie mi dokumentacji medycznej dotyczącej pacjenta:

.....  
(Imię i nazwisko pacjenta i jego nr PESEL)

z okresu: .....

Wnoszę o sporządzenie kserokopii historii choroby

- Kserokopii historii choroby urzędowo poświadczonej
- Innych dokumentów znajdujących się w dokumentacji medycznej: .....

.....

Dokumentacje:

- Odbiorę osobiście
- Odbierze osoba upoważniona:

.....

.....

(Imię i nazwisko, adres, PESEL)

Żółńia , dnia .....r.  
CZYTELNY PODPIS WNIOSKODAWCY

Dokumentację wydano dnia: .....

.....  
CZYTELNY PODPIS OSOBY WYDAJACEJ DOKUMENTACJE



**ANT-MED**  
*Centrum Medyczne*



+48 17 224 00 59  
+48 607 999 050



repcja@antmed.pl  
www.antmed.pl



Centrum Medyczne ANT-MED  
ul. Białobrzaska 13A, 37-110 Żółńia