

.....  
Imię i nazwisko pacjenta

....., dnia .....  
(miejscowość)

.....  
Adres zamieszkania (ulica, nr domu)

.....  
Adres zamieszkania (miejscowość)

**Miejskie Centrum Terapii  
i Profilaktyki Zdrowotnej  
im. bł. Rafała Chylińskiego w Łodzi  
ul. Niciarniana 41, 92-320 Łódź**

PESEL

--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--

.....  
Telefon kontaktowy

## WNIOSEK O WYDANIE KOPII DOKUMENTACJI MEDYCZNEJ

Proszę o \*) :

- wydanie **kopii dokumentacji medycznej**  
 wydanie **kopii dokumentacji medycznej potwierdzonej za zgodność z oryginałem**

z leczenia w \*) :  Poradni .....

OLU       OLAZA       Oddziale Diagnostyczno-Obszerwacyjnym

Podstawa prawna:

- Ustawa z dnia 6 listopada 2008 r. o prawach pacjenta i Rzeczniku Praw Pacjenta
- Ustawa z dnia 15 kwietnia 2011 r. o działalności leczniczej

Oświadczam, iż zostałam/łem poinformowana/y o obowiązującym cenniku wydania kserokopii dokumentacji medycznej oraz zobowiązuję się do pokrycia kosztów jej wykonania.

Dokumentację medyczną odbiorę \*) :

- osobiście  
 upoważniam .....
- (imię i nazwisko, nr dokumentu tożsamości)

.....  
(czytelny podpis)

\*) Właściwe pole zakreślić