

.....  
(imię i nazwisko)

Częstochowa, dn. ....

.....  
(adres zamieszkania)

.....  
(PESEL)

.....  
(telefon)

**Dyrektor  
Miejskiego Szpitala Zespołonego  
ul. Mirowska 15  
42-200 Częstochowa**

Proszę o udostępnienie wyciągu/ odpisu/ kopii lub wydruku\* dokumentacji medycznej  
pacjenta:

....., PESEL.....  
(imię i nazwisko pacjenta)

.....  
(adres zamieszkania)

• **z leczenia ambulatoryjnego** .....

.....  
( nazwa Poradni i termin leczenia)

• **z leczenia szpitalnego** .....

.....  
( nazwa Oddziału, okres pobytu)

Przygotowaną dokumentację medyczną odbiorę osobiście / proszę wysłać pocztą /odbierze osoba  
upoważniona\*

\* niepotrzebne skreślić

Zobowiązuję się do wniesienia opłaty za udostępnienie dokumentacji medycznej , zgodnie  
z Ustawą o prawach pacjenta i Rzeczniku Praw Pacjenta z dn. 06 listopada 2008r.,  
a w przypadku przesyłki pocztowej - za koszty przesyłki.

.....  
( czytelny podpis wnioskującego)

Potwierdzam odbiór w/w dokumentacji medycznej

.....  
(data i czytelny podpis)