Imię i nazwisko ……………………………………………………………………………………….

PESEL ☐☐☐☐☐☐☐☐☐☐☐☐☐☐☐☐☐☐☐☐☐☐

☐☐☐☐☐☐☐☐☐☐☐☐☐☐☐☐☐☐☐☐☐☐☐☐☐☐☐☐☐☐☐☐☐☐☐☐☐☐
Adres e-mail (wielkimi literami)

Wniosek pacjenta o udostępnienie dokumentacji medycznej

Ja niżej podpisana/y niniejszym wnoszę o udostępnienie mojej dokumentacji medycznej w formie:

- ☐ opis wizyt bez cen/ wraz z cenami
- ☐ zdjęcie/a panoramiczne
- ☐ zdjęcie/a cefalometryczne
- ☐ punktowe RTG
- ☐ tomografia CBCT – tylko odbiór osobisty
- ☐ skany – tylko odbiór osobisty

w całości / w części od (data)…………………..do…………………………………………….*

Dokumentację medyczną odbiorę osobiście/ odbierze osoba przeze mnie upoważniona/ odbiorę mailowo*

……………………………………………
data i miejscowość, podpis pacjenta

*niepotrzebne skreślić