

.....
(miejsowość i data / place and date)

WNIOSEK / APPLICATION

IMIĘ I NAZWISKO PACJENTA / NAME OF A PATIENT

.....

DATA URODZENIA/ DATE OF BIRTH

Wnoszę o wydanie dokumentacji medycznej w następującym zakresie:

Please release medical records in the following areas:

Wyniki badań diagnostycznych / **Diagnostic tests results**

.....(rodzaj badania / **type of examination**)

Opisy wizyt lekarskich / **Descriptions of medical visits**

..... (nazwisko lekarza / **name of a doctor**)

Karta informacyjna leczenia szpitalnego/ **Hospital information card**

.....(data zabiegu / **date of surgery**)

Inne / **Other**(data badania / **date of examination**)

Forma przekazania dokumentacji medycznej:

Form of transfer of medical records:

Wersja papierowa – odbiór osobisty / **The paper version - personal collection**

Wersja papierowa – wysłanie pocztą na adres wskazany we wniosku (list polecony) / **The paper version - sending by post to the address indicated in the application (registered letter)**

Przesłanie drogą elektroniczną* / **Electronic submission ***

E-mail / **E-mail address**..... **

Numer telefonu / **Telephone number** **

* I declare that I am aware of the risk associated with sending data via e-mail. I have also been informed that in the case of delivery by e-mail, the documentation is forwarded in an encrypted form - protected by a password that I will receive on the telephone number I have indicated. I have also been informed that due to the scope of the documentation (file size), it may not be possible to send it via e-mail and it will be forwarded to me through the domain www.wetransfer.com, about which I will be informed by phone to the number I indicated above.

Czytelny podpis pacjenta / jego przedstawiciela ustawowego / osoby upoważnionej przez pacjenta***
Legible signature of the patient / his legal representative / person authorized by the patient***

.....

Czytelny podpis pracownika przyjmującego wniosek.....

** Please complete in order to enable electronic transmission of medical records.

*** The documentation will be issued only to the patient or persons authorized by the patient to collect medical documentation (the statement should be delivered to the Carolina Medical Center reception).