

CENTRUM ZDROWIA PSYCHICZNEGO



Wniosek na udostępnienie kopii dokumentacji medycznej z dnia.....
(data)

Imię i nazwisko, nr dowodu
osobistego

PESEL

od jakiej daty ma
zostać wydana
dokumentacja

Powód wydania (zaznaczyć właściwe)

- do celów orzecznich ZUS (podać planowaną datę komisji ZUS)
- celem kontynuacji leczenia w innym podmiocie leczniczym (podać nazwę zakładu, lekarza leczącego i datę najbliższej wizyty)
- do celów orzecznich Zespołu ds. Orzekania o Niepełnosprawności (data ostatniego orzeczenia)