

Białystok, .....

Urząd Miejski w Białymstoku  
Departament Organizacyjny i Nadzoru  
Archiwum Zakładowe  
15-399 Białystok, ul. Składowa 11  
tel./fax: 85 869-68-21, 85 869-68-24  
tel.: 85 869-68-23, 85 869-68-22

## WNIOSEK O UDOSTĘPNIENIE DOKUMENTACJI MEDYCZNEJ

### 1. Wnioskodawca :

Nazwisko i imię-imiona.....

Adres zamieszkania:.....

Data urodzenia:.....telefon .....

### 2. Nazwa i adres przychodni lub poradni specjalistycznej, w której Wnioskodawca był leczony:

.....  
.....

### 3. Wnioskuje o wydanie\*):

1) kserokopii historii choroby

2) wyciągu z historii choroby

3) odpisu historii choroby

### 4. Dodatkowe informacje umożliwiające odszukanie historii choroby

(np. poprzedni adres, poprzednie nazwisko):

.....  
.....

### 5. Dokumentacja medyczna jest niezbędna do celów:

.....  
.....

.....  
(podpis czytelny wnioskodawcy)

-----  
\*) zakreśl właściwy kwadrat literą „x”