

## WNIOSEK O UDOSTĘPNIENIE DOKUMENTACJI MEDYCZNEJ

### Dane osoby wnioskującej o wydanie dokumentacji:

Imię i nazwisko: .....

PESEL: .....

Adres zamieszkania: .....

Numer telefonu kontaktowego: .....

### Dane pacjenta, którego dokumentacja dotyczy:

*(wypełnić w przypadku, gdy wnioskodawcą jest inna osoba niż pacjent)*

Imię i nazwisko: .....

PESEL: .....

### Wnioskuje o:

- wydanie kopii dokumentacji medycznej
- udostępnienie dokumentacji medycznej do wglądu

### Rodzaj dokumentacji medycznej:

- poradni: .....
- okres leczenia: .....

### Wnioskowaną dokumentację:

- odbiorę osobiście
- proszę wysłać na adres: .....
- odbierze osoba upoważniona:
  - imię i nazwisko: .....
  - PESEL: .....

*Oświadczam, iż zobowiązuję się do poniesienia kosztów wykonania kopii dokumentacji medycznej, zgodnie z obowiązującymi przepisami.*

.....

miejsowość, data

.....

podpis wnioskodawcy

### POTWIERDZENIE WPŁYWU:

Data: .....

Imię i nazwisko pracownika .....

Stanowisko pracownika: .....

Podpis pracownika .....

## POTWIERDZENIE WYDANIA DOKUMENTACJI

Dokumentacja:

- wysłana pocztą na wskazany adres w dniu: .....
- odebrana osobiście przez pacjenta,
- odebrana przez osobę upoważnioną przez pacjenta:
  - upoważnienie w dokumentacji medycznej,
  - upoważnienie w niniejszym wniosku,
  - odrębne pisemne upoważnienie (załączone do wniosku),
- odebrana przez rodzica / opiekuna prawnego.

Naliczono opłaty w wysokości: .....

.....  
Data odbioru

.....  
Imię, nazwisko i podpis osoby odbierającej

Imię i nazwisko pracownika .....

Stanowisko pracownika: .....

Podpis pracownika: .....