

## 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: .....

### Wnioskuję o:

- ☐ wydanie kopii dokumentacji medycznej
- ☐ udostępnienie dokumentacji medycznej do wglądu

Rodzaj dokumentacji medycznej:

- POZ / OPD/ HD/ inny jaki .....
- okres leczenia: .....

Wnioskowaną dokumentację:

- ☐ odbiorę osobiście
- ☐ proszę wysłać na adres: .....
- ☐ odbierze osoba upoważniona:
  - imię i nazwisko: .....
  - numer dowodu osobistego: .....

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

.....  
miejscowość, data

.....  
podpis wnioskodawcy

### POTWIERDZENIE WPŁYWU:

Data: .....

Uzgodniony termin odbioru / wysyłki / udostępnienia do wglądu: .....

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).

Naliczono opłaty w wysokości: .....

.....  
data i podpis pracownika wydającego dokumentację

## POTWIERDZENIE ODBIORU:

Potwierdzam odbiór wnioskowanej dokumentacji.

.....  
data i podpis osoby odbierającej dokumentację

Tożsamość osoby odbierającej potwierdzona na podstawie:  
(rodzaj i numer dokumentu)

.....

.....  
data i podpis pracownika wydającego dokumentację