

## WNIOSEK O UDOSTĘPNIENIE DOKUMENTACJI MEDYCZNEJ

### Dane osoby wnioskującej o wydanie dokumentacji:

Imię i nazwisko: .....

PESEL: .....

Adres zamieszkania: .....

Numer telefonu kontaktowego: .....

### Dane kuracjusza, którego dokumentacja dotyczy:

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

Imię i nazwisko: .....

PESEL: .....

### Wnioskuje o:

- wydanie kopii dokumentacji medycznej
- udostępnienie dokumentacji medycznej do wglądu

Rodzaj dokumentacji medycznej:

- nazwa oddziału /poradni/ pracowni: .....
- 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.*

.....  
/miejsowość, 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/