

## WNIOSEK O UDOSTĘPNIENIE DOKUMENTACJI MEDYCZNEJ

### Dane osoby wnioskującej o wydanie dokumentacji:

Imię i nazwisko: .....

PESEL: ..... Numer telefonu: .....

Adres zamieszkania: .....

### 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,
- sporządzenie wyciągu/odpisu/scanu/wydruku.

### Rodzaj dokumentacji medycznej:

- poradnia: .....
- okres leczenia: .....

### Wnioskowana dokumentację:

- odbiorę osobiście
- proszę wysłać na adres (po uprzednim opłaceniu): .....
- proszę wysłać na adres e-mail: .....
- odbierze osoba upoważniona:

– imię i nazwisko: ..... Pesel: .....

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

.....  
miejscowość, data

.....  
podpis wnioskodawcy

### POTWIERDZENIE WPŁYWU:

Data: ..... Podpis pracownika: .....

### POTWIERDZENIE WYDANIA DOKUMENTACJI

Dokumentacja:

- odebrana osobiście przez pacjenta,
- odebrana przez osobę upoważnioną przez pacjenta,
- wysłana na wskazany adres pocztowy/e-mailowy.

**Tożsamość osoby odbierającej potwierdzona na podstawie dokumentu.**

.....  
data i podpis pracownika wydającego dokumentację

### POTWIERDZENIE ODBIORU:

Potwierdzam odbiór wnioskowanej dokumentacji.

.....  
data i podpis osoby odbierającej dokumentację