

## 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:

w wersji papierowej

na nośniku danych

*(proszę o wskazanie formy udostępnianej dokumentacji)*

### Rodzaj dokumentacji medycznej:

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

### Wnioskowaną dokumentację:

odbiorę osobiście

odbierze osoba upoważniona:

– imię i nazwisko: .....

– numer dowodu osobistego: .....

*(osoba upoważniona – osoba wskazana przez pacjenta w dokumentacji medycznej)*

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

.....  
miejsowość, data

.....  
podpis wnioskodawcy

### POTWIERDZENIE WPŁYWU:

Data: .....

Podpis pracownika: .....

## **POTWIERDZENIE WYDANIA DOKUMENTACJI**

Dokumentacja:

- 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