

.....,dnia.....

Imię i nazwisko Wnioskodawcy: .....

PESEL: 

--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--

Adres zamieszkania:.....

Nr tel. do kontaktu: .....

**Wniosek o udostępnienie dokumentacji medycznej**1. Dokumentacja dotyczy<sup>1</sup>:

Imię i nazwisko .....

Adres zamieszkania: .....

Nr PESEL .....

## 2. Wnioskuje o udostępnienie dokumentacji medycznej z leczenia w

.....  
(podać nazwę oddziału, poradni ,pracowni i datę pobytu i okres z jakiego dokumentacja ma być udostępniona)

## 3. Udostępnienie dokumentacji obejmuje

.....  
(należy wskazać rodzaj dokumentacji medycznej np. historia choroby; karta informacyjna z leczenia w oddziale, wyniki badań)

## 4. Wnioskuje o udostępnienie dokumentacji medycznej w formie:\*

 wglądu do dokumentacji kopii dokumentacji; wyciągu dokumentacji medycznej; odpisów dokumentacji medycznej zdjęcia nagranie na płycie CD (ze względów bezpieczeństwa nie dopuszcza się nagrywania na pendrive)

## 5. Dokumentację wymienioną w pkt. 4.:

 odbiorę osobiście; proszę przesłać za zwrotnym potwierdzeniem odbioru na adres:

.....

 proszę przesłać skan na adres email: ..... proszę przekazać kserokopie dokumentacji medycznej osobie upoważnionej przeze mnie:

.....

imię nazwisko , pesel lub data urodzenia osoby upoważnionej

.....

Data i podpis osoby składającej wniosek

Pobrano opłatę w wysokości ..... za ..... stron dokumentacji medycznej.

Wystawiono paragon /fakturę nr ..... z dnia .....

Wysłano listem poleconym nr nadawczy ..... dnia .....

Potwierdzam odbiór dokumentacji medycznej

.....

Potwierdzam wydanie dokumentacji medycznej

.....

Data i podpis wnioskodawcy lub osoby upoważnionej przez wnioskodawcę

Data i podpis osoby wydającej dokumentację medyczną

<sup>1</sup> Wypełnić w przypadku gdy wnioskodawca wnioskuje o udostępnienie dokumentacji jako przedstawiciel ustawowy pacjenta lub z upoważnienia pacjenta