

## 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: (zaznaczyć X we właściwej rubryce)

- wydanie kserokopii dokumentacji medycznej
- udostępnienie dokumentacji medycznej do wglądu
- wydanie odpisu lub wyciągu dokumentacji medycznej (oddzielny dokument sporządzony na podstawie dokumentacji)

Rodzaj dokumentacji medycznej:

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

Tytuł prawny do uzyskania dokumentacji: (zaznaczyć X we właściwej rubryce)

- wniosek składa pacjent, którego dokumentacja dotyczy
- wniosek składa przedstawiciel ustawowy pacjenta
- wnioskodawca posiada upoważnienie wystawione przez pacjenta

Wnioskowaną dokumentację: (zaznaczyć X we właściwej rubryce)

- odbiorę osobiście
- proszę wysłać na adres: .....
- odbierze osoba upoważniona (z dokumentem tożsamości):
  - imię i nazwisko: .....
  - numer dowodu osobistego: .....

Informuję, iż osoba przeze mnie upoważniona wyraża zgodę na przetwarzanie jej danych osobowych. Oświadczam, iż zobowiązuję się do poniesienia kosztów wykonania kopii dokumentacji medycznej, zgodnie z obowiązującym cennikiem oraz ewentualnych kosztów przesyłki pocztowej (w przypadku wysłania dokumentacji pocztą).

.....  
miejsowość, data

.....  
podpis wnioskodawcy

**POTWIERDZENIE WPŁYWU WNIOSKU:**

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:
  - o upoważnienie w dokumentacji medycznej,
  - o upoważnienie w niniejszym wniosku,
  - o 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)

.....

.....