

WNIOSEK O UDOSTĘPNIENIE DOKUMENTACJI MEDYCZNEJ

**Dane osoby wnioskującej o wydanie dokumentacji:**

Imię i nazwisko:

.....

PESEL: .....

Seria i numer dowodu (podać w przypadku braku numeru pesel): .....

Numer telefonu kontaktowego: .....

**Dane pacjenta, którego dokumentacja dotyczy:** (wypełnić w przypadku, gdy wnioskodawcą jest inna osoba niż pacjent)

Imię i nazwisko: .....

PESEL: .....

**Wnioskuje o:** (właściwie zaznaczyć)

- wydanie kserokopii dokumentacji medycznej  
umożliwienie wglądu do dokumentacji w siedzibie Ośrodka  
wydanie w innej formie, np. odpisu, wyciągu itp. ....

Rodzaj dokumentacji medycznej:

- nazwa oddziału / poradni / pracowni:  
.....
- okres leczenia:  
.....

**Wnioskowaną dokumentację:**

- odbiorę osobiście
- proszę wysłać na adres:  
.....

proszę wysłać na adres e-mail:  
.....

odbierze osoba upoważniona:  
imię i nazwisko  
.....

pesel lub w przypadku jego braku numer dowodu osobistego:  
.....

Data wpływu wniosku: .....

Uzgodniony termin odbioru / wysyłki / udostępnienia do wglądu: .....

Potwierdzam tożsamość osoby wnioskującej o wydanie dokumentacji:

.....

*Data i czytelny podpis pracownika przyjmującego wniosek*

### **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*).

Tożsamość osoby odbierającej dokumentację osobiście potwierdzona na podstawie:

.....

*(rodzaj i numer dokumentu)*

.....

*data i czytelny podpis pracownika wydającego dokumentację*

### **POTWIERDZENIE ODBIORU:**

Potwierdzam odbiór wnioskowanej dokumentacji.

.....

*data i czytelny podpis osoby odbierającej dokumentację*