

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: .....

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

**Wnioskuje o:** (właściwe 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 i czytelny podpis Wnioskującego o wydanie dokumentacji

Data wpływu wniosku:.....

Uzgodniony termin udostępnienia: .....

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*