

REQUEST FOR DISCLOSURE OF MEDICAL RECORDS

**Personal data of the entity requesting for disclosure:**

Name and surname: .....

PESEL number: .....

Type and series of ID (in case of lack of PESEL number):  
.....

Contact details – phone number:.....

**Personal data of the patient, whose medical record is requested** (in case the entity requesting is not a patient – remember to attach an authority confirmation):

Name and surname: .....

PESEL number: .....

Type and series of ID (in case of lack of PESEL number):  
.....

**I hereby request for:** (please mark desired option)

- provision of a copy of the whole medical record.
- access to medical records in headquarters of CRH ŻAGIEL MED.
- provision in other form, i.e. partial copy of the record (please, specify below):  
.....

Medical record that is requested:

- concerning medical care provided in department / clinic division:  
.....
- concerning medical care provided within the following time scope:  
.....

**Requested medical record:**

- I shall pick up personally.
- shall be send to the following address:  
.....
- shall be send to the following electronic mail address:  
.....
- shall be picked up by an authorised person:  
Name and surname: .....  
PESEL number or type and series of ID (in case of lack of PESEL number):  
.....

.....  
date and signature of an entity who requests disclosure

Data wpływu wniosku / Date of submission:.....

Uzgodniony termin udostępnienia / Agreed term of disclosure: .....

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 / CONFIRMATION OF PICKUP:**

I hereby confirm that I have received requested documentation.

.....  
*date and signature of an entity who picked up requested record*