

.....  
imię, nazwisko/ nazwa wnioskodawcy  
.....  
.....  
adres zamieszkania, korespondencyjny  
.....  
numer telefon kontaktowego

## Wniosek o wydanie dokumentacji medycznej

Proszę wypełnić czytelnie, drukowanymi literami.

Przed wypełnieniem proszę zapoznać się z zasadami udostępniania dokumentacji medycznej.

### 1. Proszę o udostępnienie dokumentacji medycznej:

(proszę zaznaczyć "x" we właściwej rubryce)

a) w formie:

- do wglądu    kopii    odpisu    wyciągu    wydruku    na informatycznym nośniku danych  
 oryginału (uzasadnienie przyczyny wydania oryginału proszę załączyć do wniosku)

b) w zakresie: dokumentacja medyczna z .....  
jednostka organizacyjna np.: poradnia)

- w całości  
 w części: .....  
(np. karty informacyjnej, historii zdrowia i choroby, wyników badań: podać jakich)

### 2. Dane Pacjenta, którego dokumentacja medyczna dotyczy

Imię/Imiona: .....

Nazwisko: .....

Adres zamieszkania: .....

PESEL: ..... Nr. telefonu: .....

### 3. Sposób odbioru dokumentacji, w przypadku jej wydania.

- odbiorę osobiście (data odbioru .....)  
 odbierze osoba upoważniona, wskazana w dokumentacji medycznej  
 odbierze osoba upoważniona, której upoważnienie dołączam do wniosku  
 odbierze osoba, której dokumentacja dotyczy  
 proszę przesłać na adres wnioskodawcy listem poleconym za pobraniem  
(koszt przesyłki ponosi wnioskodawca)

**4. Oświadczenie:** Oświadczam, że zapoznałem/am się z zasadami udostępniania dokumentacji medycznej, rozumiem i akceptuję tryb udostępniania dokumentacji medycznej oraz mam świadomość obowiązku pokrycia kosztów jej wykonania (z uwzględnieniem wyjątków)

.....  
miejscowość, data

.....  
podpis wnioskodawcy

.....  
podpis osoby przyjmującej wniosek

**5. Potwierdzenie udostępnienia dokumentacji medycznej:**

Potwierdzam udostępnienie: <input type="checkbox"/> do wglądu <input type="checkbox"/> wydanie dokumentacji medycznej	W przypadku udostępnienia: <input type="checkbox"/> liczba stron..... opłata za 1 stronę..... łącznie kwota ..... <input type="checkbox"/> zwolniony z opłat
---	---

**5. Potwierdzenie zwrotu oryginału dokumentacji medycznej (w przypadku wydania oryginału)**

Potwierdzam zwrot wnioskowanej dokumentacji medycznej.

.....  
podpis osoby odbierającej dokumentację

.....  
podpis wnioskodawcy/osoby upoważnionej