



## Wniosek o udostępnienie dokumentacji medycznej

Katowice, dnia .....20.....r.

DANE OSOBY WNIOSKUJĄCEJ O UDOSTĘPNIENIE DOKUMENTACJI MEDYCZNEJ

.....  
Imię i nazwisko

(WAZNE! Adres proszę podać wyłącznie wówczas, gdy dokumentacja ma zostać wysłana pocztą. Jeśli dokumentacja będzie odbierana osobiście proszę o podanie numer telefonu kontaktowego lub adresu e-mail celem poinformowania o przygotowaniu dokumentacji do odbioru.)

### Wnioskuje o udostępnienie dokumentacji medycznej w formie:

- wydania kopii dokumentacji medycznej
- wydania kopii dokumentacji medycznej potwierdzonej za zgodność z oryginałem
- do wglądu
- wydania oryginału za potwierdzeniem odbioru
- wydania na informatycznym nośniku danych

Nr kartoteki.....

Czy wniosek w żądanym zakresie składny jest po raz pierwszy: TAK / NIE

### Dane pacjenta, którego dokumentacja dotyczy:

(wypełnić w przypadku, gdy osobą wnioskującą jest inna osoba niż pacjent)

Imię i nazwisko: .....

Data urodzenia lub PESEL: .....

### Zakres dokumentacji medycznej:

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

### Wnioskowaną dokumentację:

- odbiorę osobiście; nr telefonu lub adres e-mail do kontaktu .....
- proszę wysłać (za pobraniem) na adres: .....
- odbierze osoba posiadająca stosowne pełnomocnictwo.....
- odbierze inna osoba uprawniona .....

Oświadczam, iż zobowiązuję się do poniesienia kosztów wykonania kopii dokumentacji medycznej, zgodnie z obowiązującymi przepisami oraz kosztów przesyłki pobraniowej, za wyjątkiem dokumentacji udostępnianej po raz pierwszy.

.....  
miejscowość, data

.....  
podpis wnioskodawcy

### POTWIERDZENIE ODBIORU:

Potwierdzam odbiór wnioskowanej dokumentacji.

.....  
data i podpis osoby odbierającej dokumentację

Tożsamość osoby uprawnionej do odbioru dokumentacji medycznej została zweryfikowana na podstawie przedstawionego dowodu tożsamości :

.....  
data i podpis pracownika wydającego dokumentację