

.....
.....
(oznaczenie podmiotu leczniczego)

WNIOSEK O UDOSTĘPNIENIE DOKUMENTACJI MEDYCZNEJ

Dane osoby wnioskującej o wydanie dokumentacji:

Imię i nazwisko:
Nr PESEL:
Adres zamieszkania:
Numer telefonu kontaktowego:

Dane pacjenta, którego dokumentacja dotyczy:

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

Imię i nazwisko:
Nr PESEL:

Wnioskuje o:

- wydanie kopii dokumentacji medycznej w całości* / w następującym zakresie* (wskazać, w jakim zakresie – które karty);
- udostępnienie dokumentacji medycznej w innej formie (wskazać, w jakiej).

Rodzaj dokumentacji medycznej, której wniosek dotyczy:

- nazwa oddziału / poradni / pracowni:
- okres leczenia, którego dokumentacja dotyczy:

Dokumentację:

- odbiorę osobiście*,
- proszę wysłać na adres*:
- odbierze osoba upoważniona, za okazaniem upoważnienia*.

Oświadczam, iż zobowiązuję się do poniesienia kosztów wykonania kopii dokumentacji medycznej zgodnie z obowiązującymi przepisami.

* niepotrzebne skreślić

.....
(miejsowość, data)

.....
(podpis pacjenta)

.....
(miejsowość, data)

.....
(imię i nazwisko oraz podpis osoby odbierającej oświadczenie od pacjenta)