



## WNIOSEK O UDOSTĘPNIENIE DOKUMENTACJI MEDYCZNEJ<sup>1</sup>

*Wniosek proszę wypełnić drukowanymi literami*

### Osoba wnioskująca o udostępnienie dokumentacji:

- pacjent                       przedstawiciel ustawowy                       osoba upoważniona przez pacjenta

### Dane osoby wnioskującej o udostępnienie dokumentacji:

Imię i nazwisko: .....

Adres zamieszkania: .....

Numer telefonu kontaktowego: .....

### Dane pacjenta, którego dokumentacja dotyczy:

Imię i nazwisko: .....

PESEL:.....

### Wnioskuje o:

- wydanie kopii dokumentacji medycznej;  
 udostępnienie dokumentacji medycznej do wglądu;  
 sporządzenie odpisu/wyciągu/wydruku dokumentacji medycznej<sup>2</sup>;

Zakres dokumentacji i okres leczenia: .....

### Wnioskowaną dokumentację:

- odbiorę osobiście  
 proszę wysłać na adres (stacjonarny/e-mail):  
.....  
 odbierze osoba upoważniona:  
– imię i nazwisko: .....  
– numer dowodu osobistego: .....

### Oświadczam, iż:

- Zostałem/am poinformowany/a, że w przypadku wyboru doręczenia drogą e-mail, dokumentacja jest przekazywana w postaci zaszyfrowanej - zabezpieczona hasłem, które otrzymam na wskazany przeze mnie numer telefonu: .....
- Zostałem/am także poinformowany/a, że z uwagi na zakres dokumentacji (rozmiar pliku), jej przesłanie drogą e-mail może nie być możliwe i wymagany będzie odbiór osobisty, o czym zostaną poinformowany/a na wskazany przeze mnie powyżej numer telefonu.

.....  
*data*  
*czytelny podpis osoby przyjmującej wniosek*

.....  
*miejsowość, data*  
*czytelny podpis wnioskodawcy*

<sup>1</sup> Formularz ma charakter pomocniczy. Wniosek o udostępnienie dokumentacji medycznej może zostać złożony w dowolnej formie

<sup>2</sup> Objasnienia:

- wyciąg – skrótowy tekst zawierający najważniejsze dane z całości lub jego część, potwierdzone za zgodność z oryginałem;
- odpis – kopia lub przepisany tekst oryginalnego dokumentu, potwierdzona za zgodność z oryginałem;