

## WNIOSEK O UDOSTĘPNIENIE DOKUMENTACJI MEDYCZNEJ

### 1. Wnioskodawca

Imię i nazwisko .....

Adres zamieszkania.....

PESEL ..... nr tel.\* .....

### 2. Dokumentacja medyczna dotyczy\*\*

Imię i nazwisko .....

PESEL .....

### 3. Rodzaj dokumentacji medycznej (np. historia choroby, wyniki badań – podać jakich)

.....

.....

### 4. Wnioskuje o:

wgląd do dokumentacji medycznej określonej w punkcie 3, w tym także do baz danych w zakresie ochrony zdrowia, w siedzibie podmiotu udzielającego świadczeń zdrowotnych

wydanie kserokopii dokumentacji medycznej określonej w punkcie 3\*\*\*

wydanie kopii dokumentacji medycznej określonej w punkcie 3 na elektronicznym nośniku danych\*\*\*

### 5. Dokumentację:

odbiorę osobiście

proszę przestać na adres j.w.

.....  
(data i czytelny podpis wnioskującego)

Niniejszy formularz ma charakter pomocniczy. Osoba niemogąca pisać może złożyć wniosek ustnie – ustnie złożony wniosek wymaga sporządzenia notatki służbowej przez upoważnionego pracownika.

## WYDANIE DOKUMENTACJI

1. Tożsamość osoby odbierającej dokumentację medyczną stwierdzono na podstawie dokumentu tożsamości.

2. Wysłano/nie wysłano listem poleconym nr nadawczy ..... dnia .....

.....  
(data i czytelny podpis pracownika)

.....  
(data i czytelny podpis odbierającego)

\* dane podawane dobrowolnie

\*\* wypełnić w przypadku, gdy wnioskodawca wnioskuje o udostępnienie dokumentacji jako przedstawiciel ustawowy pacjenta lub z upoważnienia pacjenta

\*\*\* kopia dokumentacji po raz pierwszy w żądanym zakresie jest bezpłatna, kolejne kopie w danym zakresie zgodnie z cennikiem