

NR .....

**1. Dane osoby wnioskującej:**

1) Imię i Nazwisko : .....

PESEL:

Adres: .....

Tel. kontaktowy : .....

2). TYTUŁ PRAWNY DO UZYSKANIA DOKUMENTACJI: ( proszę zaznaczyć X we właściwej rubryce)

- wniosek składa pacjent, którego dokumentacja dotyczy
- wniosek składa przedstawiciel ustawowy pacjenta
- wniosek składa osoba upoważniona przez pacjenta

**2. Dane pacjenta:**

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

Imię i Nazwisko : .....

PESEL:

**3. Wnoszę o :**

sporządzenie kserokopii dokumentacji medycznej .....  
rodzaj dokumentacji, miejsce i okres leczenia,

sporządzenie wyciągu/odpisu dokumentacji medycznej .....  
rodzaj dokumentacji, miejsce i okres leczenia,

udostępnienie dokumentacji medycznej do wglądu .....  
rodzaj dokumentacji, miejsce i okres leczenia,

wydanie zdjęć obrazowych w formie:  CD       Kliszy .....  
rodzaj dokumentacji, miejsce i okres leczenia,

**4. Sposób odbioru dokumentacji (proszę zaznaczyć X we właściwej rubryce)**

Dokumentację:

- odbiorę osobiście
- proszę wysłać na adres: .....
- odbierze osoba upoważniona, tj.:
  - imię i nazwisko: .....
  - nr dokumentu tożsamości: .....

którą niniejszym upoważniam do odbioru wnioskowanej dokumentacji.

**5. Oświadczenia.**

Oświadczam, iż:

1. zobowiązuję się do poniesienia kosztów wykonania kopii dokumentacji medycznej oraz ewentualnej przesyłki pocztowej, zgodnie z obowiązującym cennikiem,
2. w przypadku nie odebrania zleconej do kopiowania dokumentacji medycznej w terminie 14 dni od dnia złożenia wniosku, zobowiązuję się do pokrycia kosztów sporządzonej kopii,
3. kopia dokumentacji medycznej jest niezbędna:
  - w celu kontynuacji leczenia       w innym celu

.....  
miejsowość, data

.....  
Podpis osoby wnioskującej

**6. POTWIERDZENIE WPŁYWU:**

Data: .....

Podpis pracownika: .....

## 7. POTWIERDZENIE WYDANIA DOKUMENTACJI

Dokumentacja:

- wysłana pocztą na wskazany adres w dniu:.....
- odebrana osobiście przez pacjenta,
- odebrana przez osobę upoważnioną przez pacjenta:
  - o upoważnienie w dokumentacji medycznej,
  - o upoważnienie w niniejszym wniosku,
  - o odrębne pisemne upoważnienie ( załączone do wniosku).

Wydano: .....

Naliczono opłaty w wysokości:.....

Tożsamość osoby odbierającej dokumentację medyczną potwierdzona na podstawie:  
(rodzaj i numer dokumentu)

.....

.....  
data i podpis pracownika wydającego dokumentację

### POTWIERDZENIE ODBIORU:

Potwierdzam odbiór wnioskowanej dokumentacji.

.....  
data i podpis osoby odbierającej dokumentację