

# WNIOSEK O WYDANIE DOKUMENTACJI MEDYCZNEJ

## Dane pacjenta:

Nazwisko: ..... Imię: .....

PESEL .....

Tel. .... e-mail: .....

Adres: .....

## Dane wnioskodawcy:

**osoba upoważniona** (wypełnić w przypadku złożenia wniosku przez osobę inną niż pacjent; wymagane jest upoważnienie)

**osoba bliska** (tylko w przypadku śmierci pacjenta)

Nazwisko: ..... Imię: .....

PESEL .....

Tel. .... e-mail: .....

Adres: .....

Upoważnienie (wybrać odpowiedni wariant):

zostało złożone w dokumentacji medycznej

w załączeniu

zostanie przedstawione przy odbiorze dokumentacji

## Proszę o udostępnienie dokumentacji medycznej z:

poradni ..... z okresu od ..... do .....

pobytu na oddziale: ..... z okresu od ..... do .....

.....  
wpisać zakres żądanej dokumentacji (np. karta informacyjna, wyniki badań itd.)

zabiegów fizykoterapeutycznych z okresu od ..... do .....

innej (jakiej) .....

## Sposób udostępnienia:

do wglądu

wydanie kopii/ wyciągu/ odpisu/ wydruku (właściwe podkreślić)

wydanie kopii na informatycznym nośniku danych

wydanie oryginału \*\*\* i zobowiązuję się do jego zwrotu po wykorzystaniu do dnia .....

## Sposób odbioru dokumentacji medycznej:

odbiór osobisty

przesłanie pocztą tradycyjną na wskazany powyżej adres

przesłanie pocztą elektroniczną na wskazany powyżej adres

odbiór przez osobę bliską (tylko w przypadku śmierci pacjenta)

odbiór przez osobę upoważnioną (wymagane jest upoważnienie)

.....

data i podpis wnioskodawcy

\*\*\* Dotyczy wydania oryginału za potwierdzeniem odbioru i z zastrzeżeniem zwrotu po wykorzystaniu, na żądanie organów władzy publicznej albo sądów powszechnych, a także w przypadku gdy zwłoka w wydaniu dokumentacji mogłaby spowodować zagrożenie życia lub zdrowia pacjenta