

WNIOSEK O UDOSTĘPNIENIE DOKUMENTACJI MEDYCZNEJ**I. Dane osoby wnioskującej o wydanie dokumentacji:**

Imię i nazwisko: PESEL:

Adres zamieszkania:

Numer telefonu kontaktowego:

II. Dane pacjenta, którego dokumentacja dotyczy:*(wypełnić w przypadku, gdy wnioskodawcą jest inna osoba niż pacjent)*

Imię i nazwisko: PESEL:

Adres zamieszkania:

Numer telefonu kontaktowego:

III. Wnioskuje o: wydanie kserokopii dokumentacji medycznej w zakresie: historia choroby w całości, karta informacyjna, wyniki badań, dok. lekarsko-pielęgniarska, inne (wskazać) wydanie dok. obrazowej na nośniku elektronicznym udostępnienie dokumentacji medycznej do wglądu**IV. Rodzaj dokumentacji medycznej:**

• nazwa oddziału / poradni / pracowni:

• okres leczenia:

V. Wnioskowaną dokumentację: odbiorę osobiście proszę wysłać na adres: odbierze osoba upoważniona lub przedstawiciel ustawowy::**VI.** Zobowiązuję się do poniesienia kosztów wykonania każdej kolejnej kopii dokumentacji medycznej zgodnie z obowiązującymi opłatami jak również pokrycia kosztów przesyłki pocztowej (w przypadku wysłania dokumentacji pocztą)......
podpis osoby przyjmującej wniosek, data.....
podpis wnioskodawcy, data.....
podpis osoby wydającej dokumentację, data.....
podpis osoby odbierającej dokumentację, data