

## WNIOSEK O UDOSTĘPNIENIE DOKUMENTACJI MEDYCZNEJ

### Dane osoby wnioskującej o wydanie dokumentacji:

Imię i nazwisko: .....

PESEL: .....

Adres zamieszkania: .....

Numer telefonu kontaktowego: .....

### Dane pacjenta, którego dokumentacja dotyczy:

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

Imię i nazwisko: .....

PESEL: .....

### Wnioskuje o udostępnienie dokumentacji medycznej:

- do wglądu,
- poprzez sporządzenie wyciągu/ odpisu/ kopii/ wydruku/ \*,
- za pośrednictwem środków komunikacji elektronicznej,
- na informatycznym nośniku danych.

### Rodzaj dokumentacji medycznej:

- nazwa poradni / pracowni / gabinetu: .....
- okres leczenia: .....

### Wnioskowaną dokumentację:

- odbiorę osobiście
- proszę wysłać na adres: .....
- odbierze osoba upoważniona:
  - imię i nazwisko: .....
  - numer dowodu osobistego: .....

### Oświadczam, iż:

- 1) zobowiązuję się do poniesienia kosztów udostępnienia dokumentacji medycznej, zgodnie z cennikiem obowiązującym w Przychodni,
- 2) pokryję koszty przesyłki pocztowej (w przypadku wysłania dokumentacji pocztą),
- 3) w przypadku nie odebrania zleconej do kopiowania dokumentacji medycznej w terminie 14 dni od powiadomienia o przygotowaniu dokumentacji, zobowiązuję się do pokrycia kosztów sporządzonej kopii.

.....  
**data i podpis wnioskodawcy**

### **POTWIERDZENIE WPŁYWU:**

Data: .....

Uzgodniony termin odbioru / wysyłki / udostępnienia do wglądu\*: .....

Podpis pracownika: .....

## 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 odrębne pisemne upoważnienie (załączone do wniosku).

Naliczono opłaty w wysokości: .....

.....  
**data i podpis pracownika wydającego dokumentację**

## POTWIERDZENIE ODBIORU:

Potwierdzam odbiór wnioskowanej dokumentacji.

.....  
**data i podpis osoby odbierającej dokumentację**

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

.....  
**data i podpis pracownika wydającego dokumentację**

(\* Uwaga - niepotrzebne skreślić)

Zgodnie z Ustawą z dnia 6 listopada 2008 r. o prawach pacjenta i Rzeczniku Praw Pacjenta (t.j. Dz.U. 2017 poz. 1318) i Ustawą z dnia 29 sierpnia 1997 r. o ochronie danych osobowych (t.j. Dz.U. 2016 poz. 922).