

**WNIOSEK  
O UDOSTĘPNIENIE DOKUMENTACJI MEDYCZNEJ**

**1. DANE WNIOSKODAWCY:**

Imię i nazwisko .....

PESEL .....

Adres zamieszkania .....

Nr dowodu tożsamości .....

Nr telefonu kontaktowego.....

**2. DANE PACJENTA KTÓREGO DOTYCZY WNIOSEK:**

Imię i nazwisko .....

PESEL.....

Adres zamieszkania.....

**3. Dokumentacja dotyczy leczenia/diagnostyki /podać nazwę komórki organizacyjnej i datę pobytu/ badania/**

.....

**4. Rodzaj dokumentacji medycznej, której dotyczy wniosek /np. historia choroby/**

.....

**5. Sposób udostępnienia dokumentacji medycznej:\***

- umożliwienie wglądu do dokumentacji medycznej
- wydanie kopii dokumentacji medycznej
- wydanie w formie wyciągu, odpisu, wydruku

**6. Dokumentacja zostanie odebrana w sposób następujący:\***

- osobiście
- upoważniam do odbioru .....

*imię, nazwisko, adres, PESEL, nr dowodu tożsamości*

.....

- proszę przesłać na adres .....

**7. Zobowiązuję się do pokrycia kosztów udostępnienia dokumentacji medycznej zgodnie z obowiązującym cennikiem.**

*podpis wnioskodawcy \*\**

\* należy zaznaczyć właściwy punkt \*\* należy złożyć czytelny podpis