

zał. nr 1.

## ***WNIOSEK O UDOSTĘPNIENIE DOKUMENTACJI MEDYCZNEJ\****

### **1. Dane osoby, której dokumentacja dotyczy:**

|                          |
|--------------------------|
| Imię i nazwisko:         |
| PESEL:                   |
| Adres:                   |
| nr telefonu do kontaktu: |

### **2. Wnioskodawca:**

|                          |
|--------------------------|
| Imię i nazwisko:         |
| PESEL:                   |
| Adres:                   |
| nr telefonu do kontaktu: |

### **3. Wnoszę o udostępnienie dokumentacji medycznej we wskazanej formie:**

*(zaznaczyć X we właściwej rubryce):*

|                          |  |
|--------------------------|--|
| <input type="checkbox"/> | wydanie kserokopii   |
| <input type="checkbox"/> | drogą elektroniczną na adres poczty elektronicznej: e-mail:            |
| <input type="checkbox"/> | na informatycznym nośniku danych CD/DVD – w przypadku badań obrazowych |
| <input type="checkbox"/> | wydanie odpisu   |
| <input type="checkbox"/> | wydanie wyciągu  |
| <input type="checkbox"/> | wydanie odpisu, wydanie wydruku  |
| <input type="checkbox"/> | do wglądu w siedzibie podmiotu leczniczego                             |

### **4. Dokumentacja dotyczy leczenia:**

|   |  |
|---|--|
| komórka organizacyjna                       | dokumentacja ma obejmować okres leczenia od - do |
| Oddział                                     |  |
| Poradnia                                    |  |
| Ośrodek Rehabilitacji Leczniczej, inne..... |  |

Uwagi: .....

.....

Data i czytelny podpis wnioskodawcy/członka personelu przyjmującego wniosek w przypadku złożenia wniosku przez wnioskodawcę w formie innej niż pisemna:

.....

---

**5. Potwierdzenie odbioru :**

1. Czytelny podpis pacjenta/ pełnomocnika/ przedstawiciela ustawowego/ opiekuna prawnego/członka personelu Szpitala wydającego dokumentację medyczną\*\*  
(właściwe wybrać):

..... data: .....

2. Potwierdzono tożsamość odbiorcy: .....

---

Data udostępnienia dokumentacji: .....

Imię i nazwisko udostępniającego: ..... podpis: .....

---

**6. Wydanie dokumentacji odnotowano w wykazie pod numerem:.....**

**7. Naliczono: ..... zł**

\* Wniosek stanowi wyłącznie wzór, który może być dobrowolnie wykorzystany przez pacjenta; dla uzyskania dostępu do dokumentacji medycznej nie jest wymagane złożenie wniosku w formie zaproponowanej przez Szpital

\*\* Należy zakreślić właściwe