

**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 <i>(wypełnić w przypadku, gdy wnioskodawcą jest inna osoba niż pacjent)</i>	
imię i nazwisko	
pesel	

**Wnioskuję o wydanie kopii dokumentacji medycznej**

Rodzaj dokumentacji medycznej	
specjalista/ konsultacja/ badanie	
za okres/ z dnia	

## Wnioskowaną dokumentację:

- odbiorę osobiście
- proszę wysłać na adres (Poczta tradycyjna): .....
- \*Uwaga! Opłata za wydanie dokumentacji medycznej archiwalnej wynosi 0,30zł/str + wysyłka Poczta Polska 8,00zł (dokumentacja medyczna bezpośrednio po wizycie wydawana jest bezpłatnie)
- odbierze osoba upoważniona:
- imię i nazwisko: .....
  - numer dowodu osobistego: .....

Oświadczam, iż zobowiązuję się do poniesienia kosztów wykonania kopii dokumentacji medycznej, zgodnie z obowiązującymi przepisami.

.....  
miejscowość, data

.....  
podpis wnioskodawcy

**POTWIERDZENIE WPŁYWU:**

Data: ..... Uzgodniony termin odbioru / wysyłki: .....

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 upoważnienie w niniejszym wniosku,
  - 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