



Samodzielny Publiczny Szpital Kliniczny nr 1 im. Prof. T. Sokołowskiego  
Pomorskiego Uniwersytetu Medycznego  
ul. Unii Lubelskiej 1, 71-246 SZCZECIN

Wniosek o udostępnienie dokumentacji medycznej nr...../.....r.

Do Dyrektora SPSK 1 PUM  
w Szczecinie

1. Wnioskodawca:

Imię i Nazwisko.....

Adres zamieszkania.....

Nr Pesel 

--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--

 Nr telefonu kontaktowego.....

2. Dokumentacja medyczna dotyczy:

Imię i Nazwisko.....

Adres zamieszkania.....

Nr Pesel 

--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--

3. Dokumentacja dotyczy leczenia w (podać nazwę komórki organizacyjnej i datę pobytu):

4. Rodzaj dokumentacji medycznej (zaznaczyć znak „x” we właściwej rubryce):

Historia choroby  Karta informacyjna  opis badania RTG  inne:.....

5. Wnioskuje (zaznaczyć znak „x” we właściwej rubryce):

o wgląd do dokumentacji medycznej określonej w pkt. 4

o udostępnienie dokumentacji medycznej określonej w pkt. 4 i zobowiązuję się do pokrycia kosztów wykonania kopii dokumentacji zgodnie z obowiązującym cennikiem, ustalonym na podstawie art. 28 ust. 3 ustawy z dnia 06 listopada 2008 r. o prawach pacjenta i Rzeczniku Praw Pacjenta (Dz.U. z 2009 r., nr 52, poz. 417 ze zm.)

6. Dokumentację wymienioną w pkt. 4:

odbiorę osobiście;

proszę przesłać na adres określony w pkt. 1

.....  
(data, czytelny podpis wnioskodawcy)

### Potwierdzenie wydania/ odbioru

Potwierdzam odbiór/wydanie dokumentacji medycznej w dniu .....

.....  
(podpis pracownika SPSK 1 PUM)

.....  
(Podpis odbierającego)