



Wniosek o udostępnienie dokumentacji medycznej

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 Kliniki/Oddziału/Poradni/Zakładu i datę pobytu):

.....

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

całej dokumentacji medycznej dokumentacji medycznej dotyczącej okresu wybranych

dokumentów znajdujących się w dokumentacji medycznej tj.: 1/

2/ 3/.....

inny sposób określenia zakresu udostępnienia dokumentacji medycznej:

5. Wnioskuje (zaznaczyć znak „x” we właściwej rubryce) o udostępnienie dokumentacji medycznej:

w formie kopii;

na elektronicznym nośniku danych (rodzaj dokumentu:.....)

o wgląd do dokumentacji medycznej określonej w pkt. 4;

6. Dokumentację wymienioną w pkt. 4:

odbiorę osobiście;

proszę przesłać na adres określony w pkt. 1

W związku z żądaniem udostępnienia dokumentacji medycznej w zakresie i formie określonych powyżej po raz pierwszy przysługuje mi prawo otrzymania tej dokumentacji bezpłatnie¹.

7. Do odbioru dokumentacji medycznej upoważniam
(imię i nazwisko osoby upoważnionej)

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

Potwierdzenie wydania/ odbioru

Potwierdzam odbiór/wydanie dokumentacji medycznej w dniu

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

.....
(podpis odbierającego)

¹ Bezpłatnie dokumentacja medyczna jest udostępniona wyłącznie pacjentowi/przedstawicielowi ustawowemu