

**WNIOSEK O UDOSTĘPNIENIE KOPII DOKUMENTACJI MEDYCZNEJ****Dane pacjenta:**

Miejscowość i data:

Imię i nazwisko:

Adres:

Nr PESEL:

Nr telefonu kontaktowego:

**Dane osoby wnioskującej o wydanie kserokopii dokumentacji medycznej:**

Imię i nazwisko:

Adres:

NR PESEL:

Nr telefonu kontaktowego:

---

Ja niżej podpisany/a, legitymujący/a się dowodem osobistym **seria i numer** .....  
wnioskuję o udostępnienie kserokopii dokumentacji medycznej:

**z Oddziału Kliniki/ Poradni/ Izby Przyjęć** (podkreślić właściwą jednostkę).....  
(nazwa jednostki)**z okresu** ..... (dla pojedynczej wizyty wpisać konkretną datę),

w postaci (zaznaczyć właściwe):

- karta informacyjna (wypis z Kliniki lub Izby Przyjęć)
- pełna historia choroby
- opis operacji
- wynik badania .....  
(nazwa badania)
- inna ..... (określić jaka)

**O dokumentację medyczną wnioskuję w celu** (zaznaczyć właściwe):

- dalszego leczenia
- innym

**Deklaruję następującą formę odbioru dokumentacji medycznej** (zaznaczyć właściwe):

- odbiór osobisty
- przekazanie listem poleconym z doliczeniem kosztów przesyłki
- odbiór przez osobę upoważnioną

.....  
(czytelny podpis)

### **Deklaracja osoby upoważnionej przez pacjenta do odbioru dokumentacji medycznej.**

Świadomy/a odpowiedzialności karnej za składanie fałszywych oświadczeń, informuję, że jestem upoważniony/a przez wskazanego powyżej pacjenta do uzyskania dokumentacji medycznej dotyczącej jego osoby/jestem przedstawicielem/ką ustawowym pacjenta, o którego dokumentację wnoszę\*.

.....  
(czytelny podpis)

\*) zaznaczyć właściwe

### **Upoważnienie do odbioru dokumentacji medycznej**

Ja niżej podpisany/podpisana, upoważniam Pana/Panią.....  
zamieszkałego/zamieszkałą.....legitymującego/legitymującą się  
dowodem osobistym, seria i numer ..... do odbioru dokumentacji medycznej  
dotyczącej mojej osoby.

.....  
(czytelny podpis)