

# WNIOSEK O UDOSTĘPNIENIE DOKUMENTACJI MEDYCZNEJ

## I. Dane pacjenta, którego dotyczy dokumentacja medyczna:

Imię i nazwisko: .....

PESEL: .....

Numer dokumentu tożsamości: .....

## II. Dane osoby wnioskującej o wydanie dokumentacji medycznej:

Imię i nazwisko: .....

PESEL: .....

Numer dokumentu tożsamości: .....

Wnioskuje o:

- udostępnienie kserokopii / odpisu / wyciągu dokumentacji medycznej
- udostępnienie dokumentacji medycznej do wglądu
- udostępnienie dokumentacji medycznej na elektronicznym nośniku danych.

Rodzaj dokumentacji medycznej:

- nazwa oddziału / poradni / pracowni: .....
- okres leczenia: .....

Wnioskowaną dokumentację:

- odbiorę osobiście
- proszę wysłać na adres: .....
- odbierze osoba upoważniona:
  - imię i nazwisko: .....
  - numer dowodu osobistego: .....

Oświadczam, iż:

- 1) zobowiązuje się do poniesienia kosztów wykonania kopii / odpisu / wyciągu dokumentacji medycznej, zgodnie z cennikiem obowiązującym w PZOZ w Ostródzie S.A..

.....  
miejsowość, data

.....  
podpis wnioskodawcy

pokwitowanie odbioru dokumentacji medycznej: .....  
imię i nazwisko, data