



**WNIOSEK O UDOSTĘPNIENIE DOKUMENTACJI  
MEDYCZNEJ**

**D/S T /7**

Gniezno, dnia .....

**Dane osoby wnioskującej o wydanie dokumentacji:**

Imię i nazwisko: .....

PESEL: ..... (rodzaj, seria i nr dokumentu tożsamości) .....

Adres zamieszkania: .....

Numer telefonu kontaktowego: .....

**DANE PACJENTA**

*(wypełnić w przypadku, gdy wnioskodawcą jest inna osoba niż pacjent)*

Imię i nazwisko: .....

PESEL: ..... Adres zamieszkania.....

**Wnioskuje o:**

- wydanie kopii dokumentacji medycznej
- udostępnienie dokumentacji medycznej do wglądu (w siedzibie podmiotu leczniczego)

Rodzaj dokumentacji medycznej: .....

.....  
.....

Okres leczenia: .....

**Wnioskowaną dokumentację:**

- odbiorę osobiście
- proszę wysłać na adres: .....
- odbierze osoba upoważniona: ( upoważnienie w załączniku)  
– imię i nazwisko: .....

*Oświadczam, iż zobowiązuję się do poniesienia opłaty za udostępnienie dokumentacji medycznej, zgodnie z obowiązującymi przepisami .*

.....  
podpis wnioskodawcy (imię i nazwisko)

**ADNOTACJE PRACOWNIKA STATYSTYKI**

Uzgodniony termin odbioru / wysyłki / udostępnienia do wglądu: .....

Podpis pracownika przyjmującego wniosek: .....

NR AKT ..... ZW.....

Dokumentacja:

- odebrana osobiście przez pacjenta  
Tożsamość osoby odbierającej potwierdzona na podstawie: .....
- odebrana przez osobę upoważnioną przez pacjenta  
Tożsamość osoby odbierającej potwierdzona na podstawie: .....
- wysłana pocztą na wskazany adres w dniu: .....

Koszty sporządzenia dokumentacji medycznej: .....  
.....

Nr paragonu fiskalnego / faktury .....

.....  
data i podpis pracownika wydającego dokumentację

**POTWIERDZENIE ODBIORU:**

**Potwierdzam odbiór wnioskowanej dokumentacji.**

.....  
Data

.....  
podpis (imię i nazwisko) osoby odbierającej dokumentację