

DANE WNIOSKODAWCY:

Data .....

Imię i Nazwisko .....

PESEL.....

Adres zamieszkania .....

Nr dowodu osobistego .....

### WNIOSEK O WYDANIE DOKUMENTACJI MEDYCZNEJ

Ja niżej podpisany/a, zwracam się z uprzejmą prośbą o wgląd /wydanie kopii\* dokumentacji medycznej pacjenta:

.....  
/Imię, nazwisko i PESEL pacjenta/

Określenie rodzaju dokumentacji medycznej i okres: .....

Poprzez

- umożliwienie wglądu do dokumentacji i sporządzenie kopii,
- wydanie kopii dokumentacji medycznej,

Dokumentację medyczną odbiorę:

- osobiście
- upoważniam.....

.....  
imię i nazwisko, nr dokumentu tożsamości, pesel

Podstawa prawna wydania:

- dokumentacja dotyczy wnioskodawcy
- upoważnienie złożone w dokumentacji medycznej
- upoważnienie jednorazowe (we wniosku lub odrębne)<sup>1</sup>
- prawny opiekun osoby małoletniej<sup>2</sup>
- prawny opiekun osoby ubezwłasnowolnionej<sup>3</sup>

Zobowiązuję się do pokrycia kosztów wykonania kserokopii dokumentacji.

.....  
Podpis osoby przyjmującej wniosek

.....  
Podpis Wnioskodawcy

\* Niepotrzebne skreślić.

Właściwe zaznaczyć

1 Niniejszym oświadczam, że przedkładane przez mnie upoważnienie zostało własnoręcznie podpisane przez osobę upoważniającą.

2 Niniejszym oświadczam, że jestem prawnym opiekunem osoby małoletniej i posiadam prawo do dokumentacji medycznej małoletniego.

3 Niniejszym oświadczam, że jestem prawnym opiekunem osoby ubezwłasnowolnionej i posiadam prawo do dokumentacji medycznej ubezwłasnowolnionego.

Dokumentacją została wydana w dniu: .....

1. wnioskodawcy

2. osobie trzeciej .....

.....  
/Imię, Nazwisko, nr dowodu osobistego/

3. wysłano pocztą na adres .....

.....  
Podpis osoby wydającej dokumentację