

WNIOSKODAWCA:

PESEL: _____

Adres /Nazwa Podmiotu (pieczęćka)*:

Telefon: _____

Tytuł prawny do uzyskania dokumentacji (właściwe pole należy zakreślić krzyżykiem)	
☒	wniosek składa pacjent, którego dokumentacja dotyczy
☐	wniosek składa przedstawiciel ustawowy pacjenta ¹
☐	wniosek składa osoba wskazana przez pacjenta w pisemnym upoważnieniu ²
☐	wniosek składa lekarz /kierownik* Podmiotu zapewniającego ciągłość świadczeń zdrowotnych

Dane pacjenta, którego udostępniana dokumentacja dotyczy																				
Imię i nazwisko:										PESEL:										
Adres zamieszkania:																				

Określenie zakresu udostępnianej dokumentacji:

Forma udostępnienia dokumentacji (właściwe pole należy zakreślić krzyżykiem)

☒ kopia ☐ wgląd ☐ inna:

Sposób udostępnienia dokumentacji (właściwe pole należy zakreślić krzyżykiem)	
☒ odbiór osobisty / wgląd*	☐ odbiór przez osobę upoważnioną ³
☐ wysłanie listem poleconym na adres:	

- Uprzedzony o odpowiedzialności z art. 233 Kodeksu Karnego oświadczam, iż zostałem upoważniony przez wskazanego powyżej pacjenta do uzyskania dokumentacji medycznej dotyczącej jego osoby, co potwierdzam własnoręcznym podpisem - dotyczy osoby upoważnionej
- W celu umożliwienia realizacji niniejszego wniosku wyrażam zgodę na przetwarzanie moich danych osobowych zgodnie z ustawą o ochronie danych osobowych z dnia 29 sierpnia 1997 r. (t.j. Dz. U. z 2014 r. poz. 1182 z późn. zm.) - dotyczy osoby fizycznej

Miejscowość, data

.....
Czytelny podpis wnioskodawcy

Potwierdzenie udostępnienia dokumentacji
Dokumentację medyczną (strony od.....do.....; ilość stron) udostępniono / wysłano* w dniu.....

Miejscowość, data

.....

Czytelny podpis i pieczętka osoby wydającej/ przesyłającej

Potwierdzenie osobistego udostępnienia dokumentacji (nie należy wypełniać w przypadku wysyłki listem poleconym)

Potwierdzam osobisty odbiór kopii / wgląd do* dokumentacji medycznej w dniu:.....

Miejscowość, data

Czytelny podpis uprawnionej osoby odbierającej

W przypadku wysłania dokumentacji listem poleconym potwierdzenie odbioru stanowi załącznik do wniosku.

**niepotrzebne skreślić*

1,2,3 - konieczne załączenie, do niniejszego wniosku, dokumentu potwierdzającego uprawnienia lub jego kopii potwierdzonej za zgodność z oryginałem, jeżeli dokumenty te nie zostały uprzednio załączone do dokumentacji medycznej pacjenta