



WNIOSEK O UDOSTĘPNIENIE DOKUMENTACJI MEDYCZNEJ PACJENTA

1. DANE WNIOSKODAWCY

IMIĘ I NAZWISKO (drukowanymi)

PESEL / data urodzenia

--	--	--	--	--	--	--	--	--	--

Adres i telefon kontaktowy:

.....

Adres e-mail (opcjonalnie)

2. DANE PACJENTA, KTÓREGO DOTYCZY WNIOSEK:

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

IMIĘ I NAZWISKO (drukowanymi)

PESEL / data urodzenia

--	--	--	--	--	--	--	--	--	--

Adres i telefon kontaktowy:

.....

3. WNIOSKUJĘ O UDOSTĘPNIENIE DOKUMENTACJI MEDYCZNEJ Z LECZENIA:

nazwa oddziału w okresie

.....

nazwa poradni w okresie

.....

inne /wymienić/ w okresie

4. Tytuł prawny do uzyskania dokumentacji medycznej

- ☐ wniosek składa pacjent, którego dokumentacja dotyczy
- ☐ wniosek składa osoba bliska/upoważniona przez pacjenta
- ☐ wniosek składa przedstawiciel ustawowy
- ☐ wniosek składa osoba bliska dla pacjenta *(dotyczy sytuacji złożenia wniosku po jego śmierci)*

5. Forma udostępnienia w/w dokumentacji medycznej *(zaznaczyć x we właściwym miejscu)*

- ☐ kserokopia/wydruk dokumentacji medycznej potwierdzonej za zgodność z oryginałem
- ☐ wyciąg/odpis dokumentacji medycznej
- ☐ wgląd do dokumentacji medycznej
- ☐ inne /wymienić/



WNIOSEK O UDOSTĘPNIENIE DOKUMENTACJI MEDYCZNEJ PACJENTA

6. Sposób odbioru dokumentacji medycznej (zaznaczyć x we właściwym miejscu)

- ☐ odbiór osobisty przez pacjenta
- ☐ odbiór przez osobę upoważnioną przez pacjenta

.....
Imię i nazwisko, PESEL osoby upoważnionej/data urodzenia

☐ przesyłka na adres:

.....
ulica, nr domu/mieszkania, kod pocztowy, miejscowość / e-mail

Oświadczam, że ze względu na zachowanie poufności i ochrony danych osobowych akceptuję tryb udostępniania dokumentacji medycznej, przewidziany w art. 26 - 28 Ustawy z dnia 06 listopada 2008 r. o prawach pacjenta i Rzeczniku Praw Pacjenta (Dz. U. z 2024 r., poz. 581) oraz, że pokryję koszt wykonania kolejnej kopii dokumentacji medycznej, a także koszt ewentualnej przesyłki pocztowej.

.....
data i czytelny podpis pracownika

.....
data i czytelny podpis pacjenta/wnioskodawcy

7. Odbiór dokumentacji medycznej

Tożsamość osoby odbierającej dokumentację medyczną potwierdzono na podstawie:

.....
rodzaj dokumentu ze zdjęciem

Oplata za przesyłkę pocztową zł

Nr NKP

Oplata za dokumentację medyczną zł

Dokumentację medyczną udostępniono zgodnie ze złożonym wnioskiem

.....
data i czytelny podpis pracownika

.....
data i czytelny podpis pacjenta/wnioskodawcy

8. Adnotacje: