



## 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 pokryje 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: