



## WNIOSEK O UDOSTĘPNIENIE KOPII DOKUMENTACJI MEDYCZNEJ

**Dane pacjenta:**

Miejscowość i data:

Imię i nazwisko:

Adres:

Nr PESEL:

Nr telefonu kontaktowego:

**Dane osoby wnioskującej o wydanie kserokopii dokumentacji medycznej:**

Imię i nazwisko:

Adres:

Nr PESEL:

Nr telefonu kontaktowego:

---

Ja niżej podpisany/a, legitymujący/a się dowodem osobistym seria i numer .....  
wnioskuję o udostępnienie kserokopii dokumentacji medycznej:

**z Oddziału Kliniki / Poradni / Izby Przyjęć** (podkreślić właściwą jednostkę)

.....  
(nazwa jednostki)

**z okresu** ..... (dla pojedynczej wizyty wpisać konkretną datę),

w postaci (zaznaczyć właściwe):

- karta informacyjna (wypis z Kliniki lub Izby Przyjęć)
- pełna historia choroby
- opis operacji
- wynik badania .....  
(nazwa badania)
- inna ..... (określić jaką)

**O dokumentację medyczną wnioskuje w celu** (zaznaczyć właściwe):

- dalszego leczenia
- innym

**Oświadczam, że dokumentację medyczną pobieram po raz pierwszy** (zaznaczyć właściwe):

- tak
- nie

**Deklaruję następującą formę odbioru dokumentacji medycznej** (zaznaczyć właściwe):

- odbiór osobisty
- przekazanie listem poleconym z doliczeniem kosztów przesyłki
- odbiór przez osobę upoważnioną

.....  
(czytelny podpis)

### **Deklaracja osoby upoważnionej przez pacjenta do odbioru dokumentacji medycznej**

Świadomy/a odpowiedzialności karnej za składanie fałszywych oświadczeń, informuję, że jestem upoważniony/a przez wskazanego powyżej pacjenta do uzyskania dokumentacji medycznej dotyczącej jego osoby/ jestem przedstawicielem/ką ustawowym pacjenta, o którego dokumentację wnoszę\*.

.....  
(czytelny podpis)

\*) zaznaczyć właściwe

### **Upoważnienie do odbioru dokumentacji medycznej**

Ja niżej podpisany/podpisana, upoważniam Pana/Panią .....  
zamieszkałego/zamieszkałą ..... legitymującego/legitymującą się  
dowodem osobistym, seria i numer ..... do odbioru dokumentacji medycznej  
dotyczącej mojej osoby.

.....  
(czytelny podpis)

**Odebrano:**

Data: .....

Podpis:.....