

# Wniosek o udostępnienie dokumentacji medycznej

Gostyń, dnia.....

Imię i nazwisko.....

Adres zamieszkania.....Nr dowodu osobistego .....

Proszę o udostępnienie dokumentacji medycznej:

- Wydanie kserokopii, wyciągu, odpisu/właściwe podkreślić/
- Udostępnienie do wglądu w siedzibie podmiotu leczniczego
- Wydanie wyników badania – diagnostyka obrazowa/RTG, CT/właściwe podkreślić/
  - płyta CD z wynikami RTG
  - płyta CD z wynikiem badania CT
  - klisza RTG

Proszę wypełnić tylko wówczas , gdy wniosek składa inna osoba niż pacjent, którego dotyczy dokumentacja.  
Dane pacjenta, którego dotyczy wniosek

Imię i nazwisko .....Pesel.....

Adres zamieszkania.....

- Wniosek składa pacjent, którego dotyczy dokumentacja,
- Wniosek składa przedstawiciel ustawowy pacjenta, którego dotyczy dokumentacja,
- Wniosek składa osoba upoważniona przez pacjenta, którego dotyczy dokumentacja,
- Wniosek składa osoba bliska zmarłego pacjenta, którego dotyczy dokumentacja.

## Dokumentacja dotyczy leczenia:

- Szpital, nazwa oddziału.....w okresie.....
- Izba przyjęć..... w okresie.....
- POZ NiŚ ..... w okresie.....
- Poradnia .....w okresie .....
- Badania ambulatoryjne / RTG lub CT/ wykonane..... w okresie.....
- Zespół Ratownictwa Medycznego.....w okresie.....

Sposób odbioru dokumentacji: odbiór osobisty, przesłanie za zaliczeniem pocztowym na adres wnioskodawcy, pocztą mailową/właściwe podkreślić.

- Zapoznałem/zapoznałam się z informacją o administratorze moich danych osobowych i prawach przysługujących mi w związku z przetwarzaniem moich danych osobowych.

## **Potwierdzenie przyjęcia wniosku**

.....  
data i podpis wnioskodawcy

.....  
Data i podpis osoby przyjmującej wniosek

## **Potwierdzenie wydania dokumentacji**

## **Potwierdzenie odbioru dokumentacji**

.....  
Data i podpis osoby wydającej dok. med.

.....  
Data i podpis wnioskodawcy