



Wniosek numer ..... / .....

## WNIOSEK O UDOSTĘPNIENIE DOKUMENTACJI MEDYCZNEJ

na podstawie *Ustawy o Prawach Pacjenta i Rzeczniku Praw Pacjenta*  
(z dnia 6 listopada 2008r (tj. Dz. U. z 2012, poz. 159 z późn. zm.))

### 1. WNIOSKODAWCA

Imię i nazwisko .....

PESEL .....

Adres zamieszkania .....

numer telefonu kontaktowego .....

#### Dane pacjenta, którego dotyczy wniosek:

**(wypełnić tylko wówczas, gdy wniosek składa inna osoba niż pacjent, którego dotyczy dokumentacja)**

Imię i nazwisko .....

PESEL .....

Adres zamieszkania .....

### 2. Wnioskuje o: (proszę zaznaczyć [x] we właściwej rubryce)

- udostępnienie dokumentacji medycznej do wglądu w siedzibie podmiotu leczniczego
- wydanie kserokopii
- inne.....

#### Rodzaj dokumentacji medycznej - (proszę podać oddział wraz z zakresem dat)

- hospitalizacja – oddział .....

##### Określenie rodzaju dokumentacji medycznej:

- całość dokumentacji
- część dokumentacji
  - karta informacyjna
  - protokół operacji/zabiegu
  - wywiad lekarski
  - inne.....

- poradnia - .....(wraz zakresem dat)

Wnioskowaną dokumentację:

- odbiorę osobiście
- proszę wysłać na adres .....
- odbierze osoba upoważniona:
  - imię i nazwisko: .....
  - numer dowodu osobistego: .....

Oświadczam, iż:

- 1) zobowiązuje się do poniesienia kosztów wykonania kopii dokumentacji medycznej, zgodnie z cennikiem obowiązującym w SPZZOZ w Staszowie.
- 2) pokryje koszty przesyłki pocztowej (w przypadku wysłania dokumentacji pocztą)

.....  
miejsowość, data

.....  
podpis wnioskodawcy

### POTWIERDZENIE WPŁYWU WNIOSKU

.....  
Uzgodniony termin wysyłki/odbioru/udostępnienia  
dokumentacji

.....  
data wpływu i podpis pracownika  
przyjmującego wniosek

## **POTWIERDZENIE WYDANIA DOKUMENTACJI**

Dokumentacja:

- wysłana pocztą na wskazany adres w dniu .....
- odebrana osobiście przez pacjenta w dniu .....
- odebrana przez osobę upoważnioną przez pacjenta:
  - upoważnienie w dokumentacji medycznej,
  - upoważnienie w niniejszym wniosku,
  - odrębne pisemne upoważnienie (załączone do wniosku).

### **POTWIERDZENIE ODBIORU OSOBISTEGO:**

Potwierdzam odbiór wnioskowanej dokumentacji

.....  
data i podpis osoby odbierającej dokumentację

Potwierdzono dokonanie wpłaty w wysokości ..... zł za kserokopię dokumentacji medycznej.  
Tożsamość osoby odbierającej zweryfikowano.

.....  
data i podpis pracownika wydającego dokumentację