

**DANE WNIOSKODAWCY**

Data .....

Imię i Nazwisko.....

PESEL ..... Seria i nr dokumentu tożsamości .....

Adres zamieszkania.....

**WNIOSEK O WYDANIE DOKUMENTACJI MEDYCZNEJ**

Ja niżej podpisany/a, zwracam się z prośbą o wgląd /wydanie kopii<sup>4</sup> dokumentacji medycznej pacjenta:

.....

/Imię, nazwisko i PESEL pacjenta/

Określenie rodzaju dokumentacji i okres: .....

Poprzez

- umożliwienie wglądu do dokumentacji i sporządzenie kopii,
- wydanie kopii dokumentacji medycznej,
- wydanie w innej formie (wyciągu, odpisu.) .....

Dokumentację medyczną odbiorę:

- osobiście
- przesłanie na adres mailowy .....
- upoważniam.....

/imię i nazwisko, PESEL, nr dokumentu tożsamości/

Podstawa prawna wydania:

- dokumentacja dotyczy wnioskodawcy
- upoważnienie złożone w dokumentacji medycznej
- upoważnienie jednorazowe (odrębne)<sup>1</sup>
- prawny opiekun osoby małoletniej<sup>2</sup>
- prawny opiekun osoby ubezwłasnowolnionej<sup>3</sup>

Zobowiązuję się do pokrycia kosztów wykonania kopii dokumentacji, na zasadach i w wysokości przewidzianej w przepisach prawa.

Oświadczam, że posiadam pełną zdolność do czynności prawnych.

.....

/Podpis osoby przyjmującej wniosek/

.....

/Podpis Wnioskodawcy/

Dokumentacja została wydana w dniu ....., w formie: odbiór osobisty, wysłane pocztą, wysłane mailem<sup>4</sup>

1. wnioskodawcy<sup>4</sup>
2. osobie trzeciej<sup>4</sup> .....

/Imię, Nazwisko, nr dokumentu tożsamości/

.....

/Podpis osoby wydającej dokumentację/

<sup>1</sup> Niniejszym oświadczam, że przedkładane przez mnie upoważnienie zostało własnoręcznie podpisane przez osobę upoważniającą.

<sup>2</sup> Niniejszym oświadczam, że jestem prawnym opiekunem osoby małoletniej i posiadam prawo do dokumentacji medycznej małoletniego.

<sup>3</sup> Niniejszym oświadczam, że jestem prawnym opiekunem osoby ubezwłasnowolnionej i posiadam prawo do dokumentacji medycznej.

<sup>4</sup> Niepotrzebne skreślić.