

**WNIOSEK
O UDOSTĘPNIENIE DOKUMENTACJI MEDYCZNEJ**

Dane osoby wnioskującej o wydanie dokumentacji medycznej:

Imię (imiona) i nazwisko:
PESEL:
Adres zamieszkania:
Numer telefonu:
Adres e-mail:

Dane pacjenta, którego dokumentacja dotyczy:

(proszę wypełnić jedynie w przypadku, gdy wniosek o udostępnienie dokumentacji medycznej składa inna osoba niż pacjent, którego dotyczy dokumentacja medyczna)

Imię (imiona) i nazwisko:
PESEL:

Wnioskuję o:

- ☐ wydanie kopii dokumentacji medycznej
- ☐ udostępnienie dokumentacji medycznej do wglądu

Wnioskowana dokumentacja medyczna dotyczy następującego **okresu leczenia** wyżej wymienionego pacjenta w ORTMAK Praktyka Lekarska Artur Makowski w Księżym Dworze:

Wnioskowaną dokumentację: *(proszę zaznaczyć jedną z opcji)*

- ☐ odbiorę osobiście
- ☐ proszę wysłać na poniższy adres:

- ☐ odbierze osoba upoważniona:

– imię i nazwisko:
– numer dowodu osobistego:

Przy czym oświadczam, że upoważniam wyżej wskazaną osobę do odbioru dokumentacji medycznej, której dotyczy niniejszy wniosek.

Oświadczam, iż zobowiązuję się do poniesienia kosztów wykonania kopii dokumentacji medycznej, zgodnie z obowiązującymi przepisami .

.....
(miejscowość i data)

.....
(czytelny podpis wnioskodawcy)

**POTWIERDZENIE
WYDANIA DOKUMENTACJI MEDYCZNEJ**

Dokumentacja medyczna została: *(proszę zaznaczyć jedną z opcji)*

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

Naliczono opłaty w wysokości:

.....
data i podpis pracownika wydającego dokumentację

**POTWIERDZENIE
ODBIORU DOKUMENTACJI MEDYCZNEJ**

Niniejszym potwierdzam odbiór wnioskowanej dokumentacji.

.....
data i podpis osoby odbierającej dokumentację

Tożsamość osoby odbierającej potwierdzona na podstawie:
(rodzaj i numer dokumentu)

.....

.....
data i podpis pracownika wydającego dokumentację