

# WNIOSEK O WYDANIE DOKUMENTACJI MEDYCZNEJ

## DANE WNIOSKODAWCY:

Imię i Nazwisko .....

PESEL/Data urodzenia .....

Adres zamieszkania .....

Telefon/Inne dane kontaktowe .....

## Wnioskodawca jest (właściwe zaznaczyć):

Pacjentem

Osobą upoważnioną przez Pacjenta

Przedstawicielem ustawowym/opiekunem prawnym (Niniejszym oświadczam, że jestem przedstawicielem ustawowym/opiekunem prawnym Pacjenta i posiadam prawo do jego dokumentacji medycznej)

## Ja niżej podpisany/a, zwracam się z prośbą o dokumentację medyczną pacjenta:

.....  
(Imię, nazwisko i PESEL/Data urodzenia Pacjenta)

## Określenie rodzaju dokumentacji medycznej i okres:

**Poprzez:**                   o wydanie kopii dokumentacji medycznej  
                                  o wydanie w innej formie: .....

**Dokumentację medyczną odbiorę:**           o osobiście  
  o upoważniam inną osobę  
.....  
(Imię, nazwisko i PESEL/Data urodzenia)  
  o inna forma .....

Dokumentację medyczną wydajemy niezwłocznie. W przypadku nie odebrania kopii przygotowanie dokumentacji medycznej w ciągu 30 dni od jej przygotowania, kopia może zostać zniszczona.

.....  
Podpis osoby przyjmującej wniosek

.....  
**Podpis Wnioskodawcy**

---

## UZUPEŁNIA PODMIOT LECZNICZY

Dokumentację została wydana w dniu .....

1. wnioskodawcy

2. osobie trzeciej .....

(Imię, nazwisko i nr dokumentu tożsamości)

3. inne .....

.....  
Podpis osoby wydającej dokumentację