

....., dnia .....

Imię i nazwisko Wnioskodawcy: .....;  
PESEL: .....;  
Adres zamieszkania: .....;  
Nr tel. do kontaktu: .....

### **Wniosek o udostępnienie dokumentacji medycznej**

1. Dokumentacja dotyczy:

Imię i nazwisko: .....;  
Adres zamieszkania .....;  
Nr PESEL: .....

2. Wnioskuje o udostępnienie dokumentacji medycznej z leczenia w:

.....  
.....

*(podać nazwę oddziału, poradni i datę pobytu, lub okres z jakiego dokumentacja ma być udostępnia)*

3. Udostępnienie dokumentacji obejmuje:

..... *(należy wskazać rodzaj dokumentacji medycznej np. historia choroby; karta informacyjna z leczenia na oddziale, wyniki badań)*

4. Wnioskuje o sporządzenie\*

- kopii dokumentacji;
- wyciągu dokumentacji medycznej;
- odpisów dokumentacji medycznej

5. Udostępnienie dokumentacji jest:\*

- w celu dalszego leczenia w innym podmiocie leczniczym;
- w innym celu niezwiązanym z dalszym leczeniem.

6. Dokumentację wymienioną w pkt. 4:\*

- odbiorę osobiście;
- proszę przesłać za zwrotnym potwierdzeniem odbioru na adres:

.....

- do odbioru dokumentacji upoważniam:

.....

*(imię i nazwisko)*

W przypadku kiedy wniosek jest składany po raz pierwszy w żądanym zakresie składający je ponosi opłaty, jeżeli nie, to zobowiązuje się do pokrycia kosztów wykonania kserokopii dokumentacji zgodnie z cennikiem obowiązującym w SP ZOZ we Włodawie.

.....

*(podpis Wnioskodawcy)*

*Wypełnić w przypadku gdy wnioskodawca wnioskuje o udostępnienie dokumentacji jako pacjent, przedstawiciel ustawowy pacjenta lub osoba upoważniona przez pacjenta.*

*\* Zaznaczyć X we właściwym miejscu.*