

# Załącznik 1

## WNIOSEK O UDOSTĘPNIENIE DOKUMENTACJI MEDYCZNEJ

### Dane osoby wnioskującej o wydanie dokumentacji:

Imię i nazwisko: .....

PESEL: .....

Adres zamieszkania: .....

Numer telefonu kontaktowego: .....

### Dane pacjenta, którego dokumentacja dotyczy:

*(należy wypełnić w przypadku, gdy wnioskodawcą jest inna osoba niż pacjent)*

Imię i nazwisko: .....

PESEL: .....

### Podstawa do wydania dokumentacji medycznej:

*(należy wypełnić w przypadku, gdy wnioskodawcą jest inna osoba niż pacjent)*

- Przedstawiciel ustawowy
- Upoważnienie pacjenta
- Inne (proszę wskazać podstawę)

.....

### Wnioskuje o:

wydanie wyciągu dokumentacji medycznej;  
wydanie odpisu dokumentacji medycznej;  
wydanie kopii lub wydruku dokumentacji medycznej;  
udostępnienie dokumentacji medycznej do wglądu;  
mailowe udostępnienie dokumentacji medycznej;  
udostępnienie dokumentacji medycznej na płycie CD;  
udostępnienie dokumentacji fotograficznej;

W przypadku wyboru doręczenia poprzez e-mail, dokumentacja zostanie przekazana w postaci zaszyfrowanej i zabezpieczona hasłem, które otrzymam na wskazany przeze mnie numer telefonu: .....

### Wnioskowaną dokumentację:

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

Oświadczam, iż zobowiązuję się do poniesienia kosztów udostępnienia dokumentacji medycznej, zgodnie z obowiązującymi przepisami oraz cennikiem udostępnienia dokumentacji medycznej.

.....

miejsowość, data podpis wnioskodawcy