

## WNIOSEK O UDOSTĘPNIENIE DOKUMENTACJI MEDYCZNEJ

1. Dane wnioskodawcy:

Imię i nazwisko .....

Adres zamieszkania .....

Seria i numer dowodu osobistego .....

Nr PESEL .....

Nr telefonu .....

2. Dane osoby, której dokumentacja dotyczy:\*

Imię i nazwisko .....

Adres zamieszkania .....

Nr PESEL .....

3. Wnoszę o udostępnienie dokumentacji medycznej:

- a) poprzez wgląd do dokumentacji medycznej
  - b) poprzez wydanie kserokopii/ wyciągu/ odpisu/ wydruku dokumentacji medycznej
  - c) za pośrednictwem środka komunikacji elektronicznej .....
  - d) na informatycznym nośniku danych .....\*\*
- oraz zobowiązuję się do uiszczenia opłaty zgodnie z aktualnie obowiązującym cennikiem w Centrum Medycznym Jedynka Sp. z o.o.\*\*\*

.....  
(data i czytelny podpis wnioskodawcy)

### Potwierdzenie udostępnienia dokumentacji medycznej

1. Dane osoby, której dokumentacja medyczna została udostępniona:

Imię i nazwisko .....

Seria i numer dowodu osobistego .....

Nr PESEL .....

2. Liczba stron dokumentacji, która została udostępniona .....

3. Opłata została wniesiona w wysokości ..... zł \*\*\*

.....  
(czytelny podpis osoby, której dokumentacja została udostępniona)

.....  
(data i czytelny podpis osoby udostępniającej dokumentację)

\*wypełnić w przypadku, gdy wnioskodawca jest przedstawicielem ustawowy pacjenta lub osoba upoważniona

\*\* niepotrzebne skreślić

\*\*\* opłata obowiązuje w przypadku udostępnienia dokumentacji w sposób określony w lit. b i lit. d

Podstawa prawna:

Ustawa z dnia 6.11.2008 r. o prawach pacjenta i Rzeczniku Praw Pacjenta (Dz. U.2009 Nr 52 poz. 417 ze zm.)