

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

**Imię i nazwisko Wnioskodawcy:**

.....

**PESEL:**

.....

**Adres zamieszkania:**.....

**Nr tel. do kontaktu:** .....

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

1. Dokumentacja dotyczy <sup>1</sup>:

Imię i nazwisko .....

Adres zamieszkania: .....

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. Dokumentację wymienioną w pkt. 4:\*

odbiorę osobiście;

proszę przesłać za zwrotnym potwierdzeniem odbioru na adres:

.....

Składający wniosek zobowiązuje się do pokrycia kosztów wykonania kserokopii dokumentacji zgodnie z cennikiem obowiązującym w SP ZOZ w Łapach oraz do pokrycia ewentualnych kosztów przesyłki pocztowej zgodnie z taryfą Poczty Polskiej

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

.....

(podpis wnioskodawcy)

1 Wypełnić w przypadku gdy wnioskodawca wnioskuje o udostępnienie dokumentacji jako przedstawiciel ustawowy pacjenta lub z upoważnienia pacjenta

\* Zaznaczyć X we właściwym miejscu.

## UPOWAŻNIENIE DO ODBIORU DOKUMENTACJI MEDYCZNEJ

Niniejszym upoważniam Pana/ią .....  
(Imię i nazwisko)

.....  
(Adres)

legitymizujący/a się dowodem osobistym .....  
(seria i numer dowodu osobistego)

do odbioru dokumentacji medycznej, o której udostępnienie złożyłem/am wniosek w dniu ..... w  
Samodzielnym Publicznym Zakładzie Opieki w Łapach ul. Janusza Korczaka 23, 18-100 Łapy.

.....  
(czytelny podpis wnioskodawcy)

1. Tożsamość osoby odbierającej dokumentację medyczną potwierdzam na podstawie

.....  
(podać nazwę dokumentu tożsamości)

2. Dokumentacja udostępniona po raz pierwszy – nie pobrano opłaty.\*
3. Pobrano opłatę w wysokości ..... za ..... stron dokumentacji medycznej.
4. Wystawiono fakturę nr ..... z dnia .....
5. Dokumentację wydano dnia .....

.....  
(czytelny podpis osoby wydającej dokumentację)

.....  
(czytelny podpis osoby odbierającej dokumentację)

6. Wysłano listem poleconym nr nadawczy ..... dnia .....

.....  
(czytelny podpis pracownika wydającego dokumentację)

\* właściwe zaznaczyć