

## WNIOSEK O UDOSTĘPNIENIE DOKUMENTACJI MEDYCZNEJ

### Dane osoby wnioskującej o wydanie dokumentacji:

Imię i nazwisko: .....

PESEL: .....

Adres zamieszkania: .....

Seria i numer dowodu osobistego : .....

Numer telefonu kontaktowego: .....

### Dane pacjenta, którego dokumentacja dotyczy:

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

Imię i nazwisko: .....

PESEL: .....

### Wnioskuje o:

- wydanie kopii dokumentacji medycznej (wydruk z EDM)
- udostępnienie dokumentacji medycznej do wglądu

Rodzaj dokumentacji medycznej:

- Indywidualna praktyka lekarska Marek Honkisz – konsultacje psychiatryczne.
- okres leczenia: .....

Wnioskowaną dokumentację:

- odbiorę osobiście
- proszę wysłać na adres: ..... (tylko po osobistym potwierdzeniu tożsamości wnioskodawcy)
- odbierze osoba upoważniona (tylko po osobistym potwierdzeniu tożsamości wnioskodawcy):
  - imię i nazwisko: .....
  - numer dowodu osobistego: .....

*Oświadczam, iż zobowiązuję się do poniesienia kosztów wykonania kopii dokumentacji medycznej, zgodnie z obowiązującymi przepisami .*

.....  
miejsowość, data

.....  
podpis wnioskodawcy

POTWIERDZENIE WPŁYWU:

Data: .....

Uzgodniony termin odbioru / wysyłki / udostępnienia do wglądu: .....

Podpis pracownika: .....

POTWIERDZENIE WYDANIA DOKUMENTACJI

Dokumentacja:

- wysłana pocztą na wskazany adres w dniu: .....
- odebrana osobiście przez pacjenta,
- odebrana osobiście przez opiekuna pacjenta
- odebrana przez osobę upoważnioną przez pacjenta:
  - upoważnienie w dokumentacji medycznej,
  - upoważnienie w niniejszym wniosku,
  - odrębne pisemne upoważnienie (załączone do wniosku).

Naliczono opłaty w wysokości: .....

.....  
data i podpis pracownika wydającego dokumentację

POTWIERDZENIE ODBIORU:

Potwierdzam odbiór wnioskowanej dokumentacji.

.....  
data i podpis osoby odbierającej dokumentację

Tożsamość osoby odbierającej potwierdzona na podstawie:  
(rodzaj i numer dokumentu)

.....

.....  
data i podpis pracownika wydającego dokumentację