

Poznań, dnia.....

## WNIOSEK O WYDANIE DOKUMENTACJI MEDYCZNEJ

1. Dane pacjenta , którego dotyczy dokumentacja medyczna Imię i nazwisko:

.....

Data urodzenia:

.....

PESEL: ..... Telefon kontaktowy .....

Nazwa poradni: .....

Okres porady od: ..... do: .....

Zakres wnioskowanej dokumentacji:

.....

2. Dane wnioskodawcy: (jeśli inne niż w pkt 1) Imię i nazwisko:

.....

PESEL: .....

Telefon kontaktowy: .....

3. Proszę o wydanie dokumentacji medycznej:

- własnej
- dziecka, którego jestem prawnym opiekunem
- osoby, której jestem prawnym opiekunem
- innej osoby, na podstawie upoważnienia dołączonego lub znajdującego się w dokumentacji

W przypadku odbioru dokumentacji medycznej przez osobę upoważnioną, wydanie następuje na podstawie imiennego upoważnienia.

4. Odbiór dokumentacji medycznej:

- osobisty
- poprzez osobę upoważnioną przez pacjenta
- przesłanie na adres

5. Dane adresowe do przesłania dokumentacji medycznej wg powyższego zakresu:

Imię i nazwisko:

.....

Adres:

.....

Zobowiązuje się do pokrycia w całości kosztów wykonania kopii/odpisu wg stawki określonej na podstawie Art. 28 Ustawy z dnia 6 listopada 2008r. o prawach pacjenta i Rzeczniku Praw Pacjenta (tekst jednolity Dz. U. 2020.849 z późn. zm.) oraz kosztów przesyłki pocztowej.

.....

(data i podpis wnioskodawcy)

### WYPEŁNIA PRACOWNIK

6. Dane osoby upoważnionej do odbioru dokumentacji medycznej:

- osobiście
- osoba upoważniona w dokumentacji
- inna osoba na podstawie przedstawionego upoważnienia

Imię i nazwisko: .....

..

PESEL: .....

Seria i numer dowodu osobistego: .....

Potwierdzam odbiór kopii/odpisu dokumentacji medycznej zgodnie ze złożonym wnioskiem.

.....

(data, imię, nazwisko, **podpis osoby dokonującej odbioru** dokumentacji medycznej)

.....

(data, imię, nazwisko, **podpis osoby wydającej dokumentację** medyczną)

.....

W przypadku przesłania kopii/odpisu dokumentacji medycznej pod wskazany adres, dowodem odbioru jest data doręczenia przesyłki oraz podpis na druku zwrotnego potwierdzenia odbioru.