

# Wniosek o udostępnienie dokumentacji medycznej

Ja niżej podpisany/a

## Dane pacjenta

Imię i nazwisko

PESEL

Seria i numer dokumentu tożsamości

proszę o udostępnienie mojej dokumentacji medycznej w postaci:

kopii \*

wglądu \*

z poradni: \_\_\_\_\_  
np. POZ, neurologicznej

w zakresie: \_\_\_\_\_  
np. 15.03.2013r. - 30.06.2014r.

1. **Upoważniam** Pana/Panią \*

## Dane upoważnionego

Imię i nazwisko

PESEL

Seria i numer dokumentu tożsamości

-- LUB--

2. **Nie upoważniam** żadnej osoby do odbioru mojej dokumentacji medycznej. \*

\_\_\_\_\_

data

\_\_\_\_\_

czytelny podpis osoby składającej wniosek

Pacjent został poinformowany o wszystkich swoich prawach i otrzymał odpowiednią ilość czasu do wypełnienia formularza.

## Potwierdzenie wydania dokumentacji medycznej

Dokumentacja medyczna zostaje wydana osobie upoważnionej na podstawie dokumentu tożsamości:

Seria i numer dokumentu tożsamości

\_\_\_\_\_

data

\_\_\_\_\_

czytelny podpis osoby odbierającej

\_\_\_\_\_

data

\_\_\_\_\_

czytelny podpis pracownika

\* zaznacz prawidłowe