

**WNIOSEK O UDOSTĘPNIENIE DOKUMENTACJI MEDYCZNEJ  
DO ZESPOŁU ZAKŁADÓW OPIEKI ZDROWOTNEJ IM. JERZEGO PIÓRO  
W DOBRYM MIEŚCIE CENTRUM ŚWIADCZEŃ ZDROWOTNYCH W BARCZEWIE**

Nr wniosku: .....

**Dane osoby wnioskującej o wydanie dokumentacji medycznej:**

Imię i nazwisko, PESEL: .....

Adres zamieszkania, nr telefonu: .....

**Dane pacjenta, którego dotyczy dokumentacja medyczna :**

Imię (imiona) i nazwisko, PESEL: .....

**Wnioskuję o:**

- ☐ wydanie kserokopii/wyciągu/odpisu/wydruku\* dokumentacji medycznej,
- ☐ udostępnienia dokumentacji medycznej do wglądu.

**Rodzaj dokumentacji medycznej:** nazwa komórki organizacyjnej, z której pochodzi dokumentacja medyczna:

.....

okres leczenia: .....

**Wnioskowaną dokumentację medyczną:**

- ☐ odbiorę osobiście,
- ☐ odbierze osoba upoważniona:

Imię i nazwisko: .....

Seria i numer dowodu osobistego: .....

.....  
miejscowość, data

.....  
podpis wnioskodawcy

Data złożenia wniosku: .....

Uzgodniony termin odbioru/udostępnienia dokumentacji medycznej: .....

.....  
podpis pracownika przyjmującego wniosek

## **POTWIERDZENIE WYDANIA DOKUMENTACJI MEDYCZNEJ**

### **Dokumentacja medyczna:**

- ☐ odebrana osobiście przez pacjenta,
- ☐ odebrana przez osobę upoważnioną przez pacjenta:
  - upoważnienie znajduje się w dokumentacji medycznej pacjenta,
  - upoważnienie stanowi załącznik do wniosku.

Opłata za dokumentację medyczną wynosi: ..... zgodnie z **Cennikiem obowiązującym w Zespole Zakładów Opieki Zdrowotnej w Dobrym Mieście.**

.....  
Data i podpis pracownika  
wydającego dokumentację medyczną

## **POTWIERDZENIE ODBIORU:**

Potwierdzam odbiór wnioskowanej dokumentacji medycznej.

.....  
Data i podpis osoby odbierającej  
dokumentację medyczną

Tożsamość osoby odbierającej dokumentację medyczną potwierdzona na podstawie:

.....  
(rodzaj i numer dokumentu)

.....  
Data i podpis pracownika  
wydającego dokumentację medyczną

\* niepotrzebne skreślić