

**Dyrektor  
Szpitala Powiatowego im. A. Sokółowskiego  
w Złotowie**

**WNIOSEK  
O UDOSTĘPNIENIE DOKUMENTACJI MEDYCZNEJ**

1. Dane Wnioskodawcy:

Imię i Nazwisko lub Nazwa podmiotu uprawnionego .....

.....

Adres zamieszkania/siedziby.....

Nr PESEL

--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--

Numer telefonu kontaktowego.....

2. Dokumentacja medyczna dotyczy<sup>1</sup>

Imię i Nazwisko.....

Adres zamieszkania.....

Nr PESEL

--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--

3. Wnioskuje o udostępnienie dokumentacji medycznej z leczenia w (podać nazwę oddziału, poradni, pracowni i datę pobytu, lub okres z jakiego dokumentacja ma być udostępniana)

.....

4. Udostępnienie dokumentacji obejmuje: należy wskazać rodzaj dokumentacji medycznej (np. historia choroby, historia zdrowia i choroby – w poradniach, karta informacyjna z leczenia szpitalnego, wyniki badań- podać jakich, zdjęcie rentgenowskie, inne)

.....

.....

5. Wnioskuje o (zaznaczyć „x” we właściwym wierszu)

- Sporządzenie kserokopii dokumentacji poświadczonej za zgodność z oryginałem
- Wgląd do dokumentacji medycznej określonej w pkt.4 w siedzibie Szpitala.
- Wydanie oryginału za pokwitowaniem z zastrzeżeniem jej zwrotu (tylko dla uprawnionych podmiotów).

6. Dokumentacja wymieniona w pkt 4 (zaznaczyć „x” we właściwym wierszu.)

- zostanie odebrana osobiście;
- proszę o przesłanie przesyłką poleconą, za zwrotnym potwierdzeniem odbioru, „za pobraniem”:  
 TAK  NIE)

na adres jak w pkt. 1

Składający wniosek zobowiązuje się do pokrycia kosztów wykonania kserokopii dokumentacji zgodnie z cennikiem obowiązującym w Szpitalu oraz do pokrycia kosztów przesyłki pocztowej.

.....  
(podpis wnioskodawcy)

<sup>1</sup> Wypełnić w wypadku, gdy wnioskodawca wnioskuje o udostępnienie dokumentacji jako przedstawiciel ustawowy pacjenta lub z upoważnienia organu

## Upoważnienie Pacjenta do odbioru dokumentacji medycznej

Ja niżej podpisany/na.....PESEL.....

legitymujący/ca się dokumentem tożsamości: numer.....seria.....

### upoważniam

Pana/Panią.....PESEL.....

legitymujący/ca się dokumentem tożsamości: numer .....seria.....

do odbioru dokumentacji medycznej .....  
rodzaj dokumentacji medycznej

.....  
Data i czytelny podpis osoby  
upoważniającej do odbioru dokumentacji

.....  
Data i podpis upoważnionego

.....  
Data i czytelny podpis osoby w obecności której został złożony podpis

\* właściwe zaznaczyć

## Potwierdzenie wydania dokumentacji medycznej

.....  
(data wydania dokumentu)

1. Imię i nazwisko .....
2. Tożsamość osoby obierającej dokumentację medyczną stwierdzono na podstawie:  
..... nr .....  
(podać nazwę dokumentu tożsamości)
3. Pobrano opłatę w wysokości .....za .....stron kopii dokumentacji medycznej, .....  
stron wyciągu(odpisu), ..... szt. płyt CD.
4. Wystawiono fakturę/paragon nr..... z dnia.....

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

5. Wysłano listem poleconym (za potwierdzeniem odbioru  TAK  NIE)

nr nadawczy..... dnia.....

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