

## WNIOSEK O WYDANIE DOKUMENTACJI MEDYCZNEJ

### Dane osoby wnioskującej o wydanie dokumentacji:

Imię i nazwisko: \_\_\_\_\_

PESEL:

\_\_\_\_\_

Numer telefonu kontaktowego: \_\_\_\_\_

### Dane pacjenta, którego dokumentacja dotyczy:

*(wypełnić w przypadku, gdy wnioskodawcą jest inna osoba niż pacjent. Uwaga: tylko opiekun prawny pacjenta którego dokumentacja dotyczy ma możliwość pobrania dokumentacji medycznej)*

Imię i nazwisko: \_\_\_\_\_

PESEL:

\_\_\_\_\_

### Oświadczenie:

Ja niżej podpisany/a \_\_\_\_\_ (imię i nazwisko osoby wnioskującej) oświadczam, że jestem prawnym opiekunem pacjenta \_\_\_\_\_ (imię i nazwisko pacjenta) i na tej podstawie zwracam się o wydanie dokumentacji medycznej

### Wnioskuje o:

wydanie kopii dokumentacji medycznej

Wnioskowaną dokumentację:

odbiorę osobiście

odbierze osoba upoważniona:

– imię i nazwisko: \_\_\_\_\_

– numer dowodu osobistego: \_\_\_\_\_

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

\_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

**Łączy nas piękny uśmiech**