Kutno, dnia …….. rok

WNIOSEK O UDOSTĘPNIENIE DOKUMENTACJI MEDYCZNEJ

Dane osoby wnioskującej o udostępnienie dokumentacji medycznej (dane do rachunku/faktury):

Imię i Nazwisko:……

PESEL lub data urodzenia:……

Adres zamieszkania:……

Telefon kontaktowy: …… e-mail:……

Dane pacjenta, którego dotyczy dokumentacja medyczna (wypełnić w przypadku, gdy dane są inne niż powyżej)

Imię i Nazwisko:……

PESEL lub data urodzenia:……

Proszę o udostępnienie dokumentacji medycznej:*

- ☐ **całej dokumentacji medycznej;**
- ☐ **dokumentacji medycznej dotyczącej okresu: ……..**
- ☐ **wybranych dokumentów znajdujących się w dokumentacji medycznej, tj. :**

  1) …… ;

  2) …… ;

- ☐ **Inny sposób określenia zakresu udostępnienia dokumentacji medycznej:**

  ……

Proszę o udostępnienie dokumentacji medycznej:*

- ☐ **wydanie kopii dokumentacji medycznej;**
- ☐ **sporządzenie i wydanie odpisu, wydruku dokumentacji medycznej;**
- ☐ **udostępnienie dokumentacji medycznej do wglądu.**
- ☐

Wnioskowaną dokumentację medyczną:*

- ☐ **wysłać na wskazany adres;**
- ☐ **odbiorę osobiście;**
- ☐ **wydać osobie upoważnionej przeze mnie na podstawie pisemnego upoważnienia, zawierającego co najmniej imię i nazwisko oraz nr dowodu osobistego/paszportu osoby upoważnionej.**

W związku z żądaniem udostępnienia dokumentacji medycznej w zakresie oraz formie określonych powyżej po raz pierwszy przysługuje mi prawo otrzymania tej dokumentacji bezpłatnie[1].

Oświadczam, że zapoznałem/am się z obowiązującym cennikiem opłat i zobowiązuję się do poniesienia kosztów związanych z wydaniem kopii, odpisu, wydruku dokumentacji medycznej (w przypadku wysłania dokumentacji medycznej pocztą zobowiązuje się do pokrycia kosztów wysyłki).

……
(czytelny podpis wnioskodawcy)

***właściwe zaznaczyć**

Fo-45/W