



Pieczętka świadczeniodawcy

**Dane pacjenta, którego dokumentacja dotyczy:**

imię (imiona) nazwisko

nr PESEL / w przypadku noworodka – numer PESEL matki / w przypadku osób, które nie mają nadanego numeru PESEL – rodzaj i numer dokumentu potwierdzającego tożsamość

adres zamieszkania

**WNIOSEK O UDOSTĘPNIENIE DOKUMENTACJI MEDYCZNEJ**

Ja niżej podpisany (a), zwracam się z prośbą o udostępnienie dokumentacji medycznej.....

(określić: rodzaj dokumentacji medycznej, datę wykonywanych świadczeń)

Poprzez:

- sporządzenie jej wyciągów, odpisów lub kopii<sup>1</sup>
- wydanie oryginału za pokwitowaniem odbioru i z zastrzeżeniem zwrotu po wykorzystaniu
- umożliwienie wglądu w siedzibie podmiotu udzielającego świadczeń zdrowotnych

Dokumentację medyczną:

- odbiorę osobiście
- upoważniam do odbioru

imię i nazwisko osoby upoważnionej

nr PESEL/ nr dowodu osobistego osoby upoważnionej

proszę o przesłanie listem poleconym za potwierdzeniem odbioru na adres:  
Ulica.....nr domu.....nr lokalu.....  
Kod pocztowy.....Miejscowość.....

data i czytelny podpis wnioskującego

Tożsamość pacjenta/ przedstawiciela ustawowego/ osoby upoważnionej\* została potwierdzona na podstawie .....

czytelny podpis przyjmującego wniosek

Potwierdzam autentyczność podpisu pacjenta.

czytelny podpis pielęgniarki środowiskowej

<sup>1</sup> Za sporządzenie wyciągów, odpisów, kopii podmiot udzielający świadczeń zdrowotnych może pobierać opłatę.

Podstawa prawna:

Ustawa z dnia 6 listopada 2008 r. o prawach pacjenta i Rzeczniku Praw Pacjenta (Dz. U. z dnia 31 marca 2009 r. Nr 52, poz. 417)

Ustawa z dnia 17 grudnia 1998 r. o emeryturach i rentach z Funduszu Ubezpieczeń Społecznych (Dz. U. z 2004 r. Nr 39, poz. 353, z późn. zm.)

Komunikat Prezesa Głównego Urzędu Statystycznego w sprawie przeciętnego wynagrodzenia w poprzednim kwartale

\*niepotrzebne skreślić