

## Wzór 1. Wniosek pacjenta o udostępnienie dokumentacji medycznej

.....  
Imię i nazwisko

.....  
PESEL

Do:

.....

.....

.....

.....

### Wniosek pacjenta o udostępnienie dokumentacji medycznej

Ja niżej podpisana/y niniejszym wnoszę o udostępnienie mojej dokumentacji medycznej w formie:

- kserokopii,
- do wglądu,
- odpisu,
- kopii na elektronicznym nośniku danych
- przesłanego skanu na adres mailowy .....\*

w całości / w części od ..... do .....

\*niepotrzebne skreślić

Dokumentację medyczną:

- odbiorę osobiście.

Zapoznałam(-em) się z opłatami za udostępnienie dokumentacji medycznej i przed jej odebraniem lub przesłaniem ureguluję koszty związane z jej udostępnieniem.

.....

data i miejscowość, podpis pacjenta

Jednocześnie wyrażam zgodę na przetwarzanie moich danych osobowych przez ..... w celu udostępnienia mi dokumentacji medycznej.

.....  
data i miejscowość, podpis pacjenta

Adnotacje .....

pieczęć jednostki

Dokumentację medyczną do wglądu udostępniono dnia .....

Sporządzono:

Odpis dokumentacji medycznej: stron ..... koszt: .....

Kserokopię dokumentacji medycznej: stron ..... koszt: .....

Na elektronicznym nośniku danych: ..... sztuk: ..... koszt: .....

Przesłano na maila: ..... stron: ..... koszt: .....

Zapłata: ..... data .....

Odebrano dokumentację medyczną dnia: .....

.....  
data i miejscowość, podpis pacjenta

.....  
podpis pracownika sporządzającego

.....  
Odebrałem dokumentację medyczną osobiście w dniu .....