

## POTWIERDZENIE WYDANIA DOKUMENTACJI

Imię i Nazwisko: .....

- odebrana osobiście przez pacjenta,
- odebrana przez osobę upoważnioną przez pacjenta:
  - upoważnienie w dokumentacji medycznej pacjenta,
  - odrębne pisemne upoważnienie (załączone do wniosku, w karcie pacjenta)

.....  
(Data i podpis wydającego dokumentację)

## POTWIERDZENIE ODBIORU

Potwierdzam odbiór wnioskowanej dokumentacji.

.....  
(Data i podpis osoby odbierającej kserokopię  
dokumentacji medycznej)

## WNIOSEK

O udostępnienie danych ze zbioru danych medycznych pacjenta/ki:

zgłoszenie osobiste     zgłoszenie telefoniczne     przez osobę trzecią

Dane pacjenta/ki

Imię: .....

Nazwisko : .....

Pesel :

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

1. Zwracam się z wnioskiem o sporządzenie i wydanie kopii dokumentacji medycznej lub fragmentu dokumentacji medycznej obejmującego:

..... ,

..... ,

..... ,

znajdujących się w Państwa posiadaniu, dotyczącej mojej osoby.

2. Opłata za udostępnienie dokumentacji medycznej **nie pobiera się** w przypadku udostępnienia dokumentacji medycznej pacjentowi albo jego przedstawicielowi ustawowemu **po raz pierwszy** w żądanym zakresie.

**czytelny podpis wnioskodawcy**

Data .....

.....