

## Wniosek o wydanie kopii dokumentacji medycznej

### Dane osoby wnioskującej o wydanie kopii dokumentacji medycznej:

Imię i nazwisko .....

Nr PESEL ..... Tel kontaktowy.....

Adres zamieszkania .....

Adres e-mail .....

### Dane pacjenta, którego dotyczy dokumentacja.

Imię i nazwisko .....

Nr PESEL .....

#### 1. Wnioskuje o wydanie dokumentacji medycznej w formie:

- kopii / wydruku  
 odpisu  
 wyciągu  
 udostępnienie do wglądu

#### 2. Zakres dokumentacji

- Całość  
 Dokumentacja/ badanie z dnia .....

#### 3. Wnioskowaną dokumentację:

- Odbiorę osobiście  
 Proszę o przesłanie za pośrednictwem Poczty Polskiej, na podany we wniosku adres.

Wyrażam zgodę na przesłanie dokumentacji medycznej za pośrednictwem Poczty Polskiej.

.....  
Podpis Pacjenta lub osoby upoważnionej

- Proszę o przesłanie za pośrednictwem poczty elektronicznej na podany we wniosku adres email.

Wyrażam zgodę na przesłanie dokumentacji medycznej drogą elektroniczną.

.....  
Podpis Pacjenta lub osoby upoważnionej

.....  
Miejscowość i data

.....  
Podpis Pacjenta lub osoby upoważnionej

## Potwierdzenie wydania dokumentacji

Dokumentacja:

- Odebrana osobiście przez pacjenta lub osobę upoważnioną.
- Wysłana drogą elektroniczną na podany adres email.
- Wysłana za pośrednictwem Poczty Polskiej na podany adres korespondencyjny.

.....

Miejscowość i data

.....

Podpis osoby udostępniającej dokumentację medyczną