

**Wniosek nr.....**  
**o wydanie dokumentacji medycznej**

**OSOBA WYSTĘPUJĄCA Z WNIOSEM** (właściwie podkreślić)

- a) Pacjent
- b) Osoba upoważniona przez pacjenta
- c) Inna osoba występująca z wnioskiem

Dane pacjenta:	Dane osoby występującej z wnioskiem:
Imię i nazwisko.....	Imię i nazwisko.....
Data urodzenia.....	Data urodzenia.....
PESEL.....	Stopień pokrewieństwa.....
Adres.....	Adres.....
.....	.....
Nr tel. kontaktowego.....	Nr tel. kontaktowego.....

**Wnioskuje o:**

- wydanie kserokopii dokumentacji medycznej
- udostępnienie dokumentacji medycznej do wglądu

**Rodzaj dokumentacji medycznej:**.....

- nazwa oddziału / poradni / pracowni: .....
- okres leczenia: .....

**W CELU:** (właściwie podkreślić)

a) dalszego leczenia

b) dokumentacja do innych celów niż leczenie

**KSEROKOPIĘ DOKUMENTACJI MEDYCZNEJ** (właściwie podkreślić)

a) odbiorę osobiście

b) odbierze osoba upoważniona

*Oświadczam, że zobowiązuję się do poniesienia kosztów wykonania kopii dokumentacji medycznej, zgodnie z cennikiem obowiązującym w SPZOZ w Kępnie*

Podpis pacjenta / osoby wnioskującej.....

**Upoważniam do odbioru mojej dokumentacji medycznej:**

(wypełnia tylko pacjent i upoważnienie dotyczy dokumentacji medycznej, o której mowa jest w niniejszym wniosku)

**Imię i nazwisko** .....

**PESEL** .....

**Adres zamieszkania**.....

**Podpis pacjenta** .....  
(osoba, której dotyczy dokumentacja)