

## WNIOSEK O UDOSTĘPNIENIE DOKUMENTACJI MEDYCZNEJ

Ja, niżej podpisany(a) .....PESEL\* .....

zamieszkały(a): .....tel kontaktowy:.....

(nie obowiązkowo)

\*w sytuacji, gdy pacjent nie ma nadanego nr PESEL np.: obcokrajowiec, należy podać dane jego dokumentu tożsamości

**Wnoszę o udostępnienie dokumentacji medycznej, znajdującej się w zasobach przychodni evi-MED, dotyczącej:**

- mnie
- osoby, której jestem prawnym opiekunem  
(imię i nazwisko osoby, PESEL, adres zamieszkania).....

**w formie:** (np.: kserokopii, odpisu, do wglądu, na informatycznym nośniku danych) .....

**w zakresie:** dokumentacja medyczna z poradni / pracowni.....

- w całości
- w części (jakiej?) .....

**za okres:**.....

**Sposób odbioru dokumentacji medycznej** (np.: osobiście, osoba upoważniona wskazana w dokumentacji medycznej, osoba której upoważnienie jest dołączone do wniosku, i inne) .....

Gdynia, dnia .....  
Czytelny podpis wnioskodawcy

dnia .....  
Czytelny podpis przyjmującego wniosek

---

### Potwierdzenie udostępnienia dokumentacji medycznej

Gdynia, dnia .....  
Czytelny podpis osoby wydającej dokumentację

dnia .....  
Czytelny podpis osoby odbierającej dokumentację

**DOKUMENTACJA MEDYCZNA WYDAWANA JEST TYLKO WNIOSKODAWCY LUB OSOBIE UPOWAŻNIONEJ PRZEZ NIEGO, ZA OKAZANIEM DOKUMENTU TOŻSAMOŚCI.**