

**WNIOSEK O UDOSTĘPNIENIE DOKUMENTACJI MEDYCZNEJ  
REGIONALNY SZPITAL SPECJALISTYCZNY IM. DR. WŁ. BIEGAŃSKIEGO  
W GRUDZIĄDZU**

**PROSZĘ WYPEŁNIĆ CZYTELNIIE DRUKOWANYMI LITERAMI**  
**przed wypełnieniem proszę zapoznać się z pouczeniem na odwrocie wniosku**

GRUDZIĄDZ, dnia.....

**1. WNIOSKODAWCA:**

Imię i nazwisko..... PESEL:.....  
Adres:..... tel:.....

Proszę o udostępnienie dokumentacji medycznej: ( *proszę zaznaczyć X we właściwej rubryce* )

- do wglądu w siedzibie podmiotu leczniczego
- wydanie kserokopii
- wydanie wyciągu
- wydanie odpisu

*Proszę wypełnić tylko wówczas, gdy wniosek składa inna osoba niż pacjent, którego dotyczy dokumentacja*

**DANE PACJENTA, KTÓREGO DOTYCZY WNIOSEK:**

Imię i nazwisko..... PESEL:.....  
Adres:.....

**2. TYTUŁ PRAWNY DO UZYSKANIA DOKUMENTACJI:** ( *proszę zaznaczyć X we właściwej rubryce* )

- wniosek składa pacjent, którego dokumentacja dotyczy
- wniosek składa przedstawiciel ustawowy pacjenta
- wnioskodawca posiada upoważnienie wystawione przez pacjenta

**3. DOKUMENTACJA DOTYCZY LECZENIA:** ( *proszę podać nazwę poradni/komórki organizacyjnej oraz okres leczenia* )

.....w okresie.....

**4. SPOSÓB ODBIORU DOKUMENTACJI:** ( *proszę zaznaczyć X we właściwej rubryce* )

- dokumentację odbiorę osobiście\*/ przez osobę upoważnioną\* w siedzibie podmiotu leczniczego
- dokumentację proszę przesłać listem poleconym za zwrotnym potwierdzeniem odbioru na adres określony w pkt.1\*, za pobraniem\*( *obejmującym koszt sporządzenia kopii i koszty przesyłki wg. stawek Poczty Polskiej.* )

**5. OŚWIADCZENIE:**

Oświadczam, że zapoznałem się z pouczeniem na odwrocie niniejszego wniosku, rozumiem i akceptuję sposób i tryb udostępnienia dokumentacji medycznej oraz zobowiązuję się do pokrycia kosztów jej wykonania oraz ewentualnej wysyłki. Równocześnie oświadczam, że wszelkie ryzyko związane z wysłaniem dokumentacji nie obciąża podmiotu leczniczego.

.....  
(data i podpis osoby przyjmującej wniosek)

.....  
(data i podpis wnioskodawcy)

**5. POTWIERZDZENIE WYDANIA I ODBIORU**

Potwierdzam wydanie dokumentacji medycznej

Potwierdzam odbiór dokumentacji medycznej

.....  
(data i podpis osoby wydającej dokumentację)

.....  
(data i podpis wnioskodawcy)