



.....  
imię i nazwisko / nazwa wnioskodawcy

Bydgoszcz, dnia .....

.....  
adres zamieszkania do korespondencji/ siedziba

.....  
numer telefonu kontaktowego

### WNIOSEK O UDOSTĘPNIENIE DOKUMENTACJI MEDYCZNEJ

*Proszę wypełnić czytelnie drukowanymi literami, przed wypełnieniem proszę zapoznać się z zasadami na odwrocie wniosku*

#### 1. Proszę o udostępnienie dokumentacji medycznej (proszę zaznaczyć „x” we właściwej rubryce):

##### a) w formie :

- do wglądu     kopii     odpisu     wyciągu     wydruku     na informatycznym nośniku danych  
 oryginału (uzasadnienie przyczyny wydanie oryginału proszę załączyć do wniosku)

b) w zakresie: dokumentacja medyczna z .....

(nazwa komórki organizacyjnej np.: oddziału/poradni/pracowni)

- w całości  
 w części: .....

(np. karty informacyjnej, historii zdrowia i choroby, wyników badań: podać jakich )

c) za okres: (od-do, data hospitalizacji, data wizyty) .....

#### 2. Dane Pacjenta, którego dokumentacja medyczna dotyczy:

imię/imiiona..... nazwisko.....

adres zamieszkania .....

PESEL 

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

 nr telefonu 

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

 (nie obowiązkowo)

#### 3. Sposób odbioru dokumentacji, w przypadku jej wydania (proszę zaznaczyć „x” we właściwej rubryce):

- odbiorę osobiście (data odbioru .....,),  
 odbierze osoba upoważniona wskazana w dokumentacji medycznej,  
 odbierze osoba upoważniona, której upoważnienie załączam do wniosku,  
 odbierze osoba, której dokumentacja dotyczy,  
 proszę przesłać na adres wnioskodawcy listem poleconym,  
 inne .....

#### 4. Oświadczenie: Oświadczam, że zapoznałem/am się z zasadami udostępniania dokumentacji medycznej w KPCP (stanowiący załącznik do Wniosku), rozumiem i akceptuję tryb udostępniania dokumentacji medycznej oraz mam świadomość obowiązku pokrycia kosztów jej wykonania (z uwzględnieniem wyjątków).

.....  
miejscowość, data

.....  
podpis wnioskodawcy

.....  
data i podpis osoby przyjmującej wniosek

#### 5. Potwierdzenie udostępnienia dokumentacji medycznej:

Potwierdzam udostępnienie: <input type="checkbox"/> do wglądu <input type="checkbox"/> wydanie dokumentacji medycznej	W przypadku wydania dokumentacji medycznej: <input type="checkbox"/> liczba stron: ..... opłata za 1 stronę: ..... łącznie do zapłaty: ..... <input type="checkbox"/> zwolniony z opłat .....
---	---

.....  
Data i podpis osoby udostępniającej

.....  
Data i podpis wnioskodawcy/ osoby upoważnionej do odbioru

#### 6. Potwierdzenie zwrotu oryginału dokumentacji medycznej (w przypadku wydania oryginału):

Potwierdzam zwrot wnioskowanej dokumentacji medycznej:

.....  
Data i podpis osoby odbierającej dokumentację  
/ osoby dokonującej zwrotu

.....  
Data i podpis wnioskodawcy/ osoby upoważnionej