

Gizycka Ochrona Zdrowia		
<b>Formularz</b>	Wydanie 4	Nr DJ/I/2/8
	Obowiązuje od 28.07.2020	
	Strona 1 z 1	
Załącznik nr 2		

## WNIOSEK

Proszę o udostępnienie dokumentacji medycznej

..... nr tel.....  
Imię i nazwisko pacjenta

.....  
Adres zamieszkania

Data urodzenia..... PESEL.....

.....  
Oddział szpitalny/ Poradnia Specjalistyczna

.....  
Zakres dokumentacji

.....  
Uzasadnienie potrzeby udostępniania dokumentacji

### Odbiór dokumentacji:

- osobiście
- przez osoby trzecie\*
- wysyłka pocztą

.....  
adres do korespondencji

\* Dokumentacja medyczna zostanie wydana przy okazaniu upoważnienia podpisanego własnoręcznie przez pacjenta

Zapoznałem (-am) się z opłatami za udostępnienie dokumentacji medycznej.

.....  
Data i podpis pacjenta

.....  
.....  
.....

Dodatkowe uwagi

### Dokumentację odebrano/ wysłano:

.....  
Data i podpis pacjenta/osoby upoważnionej/ Data wysyłki i podpis pracownika

<b>Formularz</b>	Wydanie 4	Nr DJ/I/2/8
	Obowiązuje od 28.07.2020	
	Strona 1 z 1	

Załącznik nr 3

## Upoważnienie do odbioru dokumentacji

Ja .....

(Imię i nazwisko)

upoważniam do odbioru dokumentacji Pana/ Panią .....

(imię i nazwisko)

.....  
PESEL.....  
data, czytelny podpis pacjenta.....  
data, czytelny podpis osoby upoważnionej