



## Wniosek o udostępnienie dokumentacji medycznej

### Wnioskodawca:

Imię i Nazwisko: .....

Adres zamieszkania: .....

Nr PESEL: .....

Numer telefonu kontaktowego: .....

### Dane osobowe pacjenta, którego dotyczy wniosek (jeżeli wnioskodawcą nie jest pacjent):

Imię i Nazwisko: .....

Adres zamieszkania: .....

Nr PESEL: .....

### Zakres wnioskowanej dokumentacji:

Poradnia za okres ..... r.

Oddział za okres ..... r.

### Wnioskuje o:

a) Wydanie:

- Kopii dokumentacji medycznej w postaci wydruku / kserokopii
- Odpisu dokumentacji medycznej
- Wyciągu z dokumentacji medycznej

### Wgląd do dokumentacji medycznej

Zobowiązuję się do pokrycia kosztów wykonania kopii / wyciągu zgodnie z obowiązującym cennikiem

### Dokumentację:

- Odbiorę osobiście
- Jednorazowo upoważniam do odbioru kopii dokumentacji medycznej:

Imię i nazwisko osoby upoważnionej: .....

Nr i seria dokumentu tożsamości oraz PESEL upoważnionego: .....

- Zobowiązuję się powiadomić osobę odbierającą o konieczności pokrycia kosztów wykonania kserokopii dokumentacji medycznej.

- Proszę przesać na adres jak w punkcie nr 1 – Należność ureguluję za zaliczeniem pocztowym; Jednocześnie oświadczam, iż wszelkie ryzyko związane z wysłaniem dokumentacji medycznej nie będzie obciążało Centrum CBT Sp. z o.o.

.....

(Data i czytelny podpis Wnioskodawcy Podpis pracownika przyjmującego oświadczenie)



### Decyzja Kierownika Poradni / osoby decyzyjnej

- Wyrażam zgodę
- Nie wyrażam zgody

.....  
(uzasadnienie w przypadku odmowy udostępnienia dokumentacji medycznej)

Inspektor Danych Osobowych lub osoba upoważniona do przygotowania przedmiotowej dokumentacji

.....  
(data podpis)

### Wydanie dokumentacji medycznej

1) Potwierdzam odbiór wydruku / kserokopii dokumentacji medycznej

.....  
(data imię i nazwisko odbierającego nr dokumentu potwierdzającego tożsamość osoby odbierającej)

.....  
(podpis odbierającego dokumentację medyczną)

2) Potwierdzam wydanie wydruku / kserokopii dokumentacji medycznej

.....  
(data podpis pracownika wydającego dokumentację medyczną)

3) Pobrano opłatę w wysokości..... zł

4) Wysłano listem poleconym

nr nadawczy dnia: .....