

Piastów, dnia .....

## WNIOSEK O UDOSTĘPNIENIE DOKUMENTACJI MEDYCZNEJ

Ja .....  
legitymujący/a się dowodem osobistym seria..... numer.....  
o numerze PESEL \_ \_ \_ \_ \_

Na podstawie przepisu art. 23 ust. 1 ustawy o prawach pacjenta i Rzeczniku Praw Pacjenta (j.t. Dz. U. z 2012 r., poz. 159 ze zm.) zwracam się o udostępnienie znajdującej się w SPZOZ PIASTUN dokumentacji medycznej mojej/pacjenta w osobie: .....,  
który upoważnił mnie do uzyskania wglądu tejże dokumentacji (upoważnienie w załączniku/złożone uprzednio do dokumentacji medycznej pacjenta)\*

- do wglądu na miejscu

- poprzez wydanie: odpisu / wyciągu / kopii \*

następujących kart: .....

Wpisać rodzaj karty oraz okres

.....  
Data

.....  
Podpis pacjenta/osoby upoważnionej

### Adnotacje personelu SPZOZ PIASTUN dotyczące udostępnienia dokumentacji medycznej:

W dniu ..... z dokumentacji pacjenta .....  
udostępniono karty ..... poprzez:

- umożliwienie wglądu na miejscu, które odbyło się pod nadzorem pracownika SPZOZ PIASTUN w osobie .....,

- wydanie odpisu / wyciągu / kopii\*, przy czym zostały potwierdzone za zgodność z oryginałem przez lekarza ..... Pobrano opłatę w wysokości: .....

Tożsamość pacjenta/osoby upoważnionej przez pacjenta została stwierdzona na podstawie dokumentu:.....

.....  
Data i czytelny podpis pracownika

\*niepotrzebne skreślić