

PG2-PO3-F1	Wniosek o udostępnienie dokumentacji medycznej	Wersja: 01	Obowiązuje od: 09.06.2025
------------	--	------------	---------------------------

_____ dnia _____

Wniosek o udostępnienie dokumentacji medycznej

Dane osoby zgłaszającej wniosek:

1. Imię (imiona) i nazwisko _____
2. Dane kontaktowe (numer telefonu, adres poczty elektronicznej lub adres zamieszkania) _____

Osoba zgłaszająca wniosek jest: (proszę zaznaczyć właściwe)

- ☐ Pacjentem
- ☐ Osobą upoważnioną przez Pacjenta
- ☐ Przedstawicielem ustawowym Pacjenta
- ☐ Osobą bliską dla zmarłego Pacjenta*

Dane Pacjenta, którego dotyczy wniosek:

1. Imię (imiona) i nazwisko _____
 2. Pesel lub data urodzenia _____

Zakres wnioskowanej dokumentacji

Dotyczy (proszę zaznaczyć właściwe)

- ☐ całości dokumentacji medycznej
- ☐ leczenia w okresie _____
- ☐ wskazanych rodzajów dokumentów: _____

Sposób udostępnienia i odbioru dokumentacji: (proszę zaznaczyć właściwe)

- ☐ do wglądu w Klinice WELC
- ☐ poprzez sporządzenie kserokopii, którą odbierze osobiście:
 - ☐ Pacjent
 - ☐ Osoba upoważniona przez Pacjenta
 - ☐ Przedstawiciel ustawowy Pacjenta
 - ☐ Osoba bliską dla zmarłego Pacjenta*
- ☐ poprzez sporządzenie skanu i przesłanie drogą elektroniczną pod wskazany we wniosku adres mailowy
- ☐ poprzez sporządzenie kserokopii i przesłanie listem poleconym za pośrednictwem Poczty Polskiej lub firmy kurierskiej pod wskazany we wniosku adres

☐ **proszę o poświadczenie dokumentacji medycznej za zgodność z oryginałem**

UWAGA! Nie wysyłamy dokumentacji poświadczonej za zgodność z oryginałem drogą elektroniczną.

CZYTELNY PODPIS WNIOSKUJĄCEGO LUB OSOBY PRZYJMUJĄCEJ WNIOSEK

* osoba bliska w rozumieniu art. 3 ust. 1 pkt 2 ustawy o prawach pacjenta i Rzeczniku Praw Pacjenta