

# Wniosek o wydanie dokumentacji medycznej/wyników badań laboratoryjnych lub innej dokumentacji medycznej

Podstawa prawna: Ustawa o prawach pacjenta i Rzeczniku Praw Pacjenta.



Dane wnioskodawcy

Data i miejscowość

---

---

---

---

## JA, NIŻEJ PODPISANY/PODPISANA NINIEJSZYM WNOSZĘ O WYDANIE DOKUMENTACJI MEDYCZNEJ:

Imię i nazwisko Pacjenta \_\_\_\_\_

Data i miejsce urodzenia \_\_\_\_\_

Miejsce zamieszkania \_\_\_\_\_

PESEL \_\_\_\_\_

Seria i numer dowodu tożsamości \* \_\_\_\_\_

\*w przypadku osób, które nie mają nadanego numeru PESEL: w przypadku noworodka- numer PESEL matki, a w przypadku osób, które nie mają nadanego numeru PESEL- rodzaj i numer dokumentu potwierdzającego tożsamość.

Telefon do kontaktu \_\_\_\_\_

\*W przypadku dzieci poniżej 18 r.ż. oraz osób ubezwłasnowolnionych:

Imię i nazwisko Rodzica/opiekuna prawnego: \_\_\_\_\_

## PROSZĘ O WYDANIE DOKUMENTACJI MEDYCZNEJ:

Kserokopii dokumentacji medycznej (całość dok. medycznej)

Kserokopii dokumentacji medycznej (wybrani specjaliści)

wyciągu dokumentacji medycznej

odpisu dokumentacji medycznej

wyników badań

Szczegółowy opis wnioskowanej dokumentacji medycznej (np. specjalista, poradnia, okres od/do):

---

---

---

## DOTYCZĄCEJ:

mnie osobiście

osoby, której jestem prawnym opiekunem, lub posiadam stosowne upoważnienie

zmarłej osoby bliskiej – proszę wskazać pokrewieństwo/ rodzaj relacji \_\_\_\_\_ \*

\* Oświadczam, że żadna z pozostałych osób bliskich zmarłego **nie sprzeciwia się** otrzymaniu przez mnie dostępu do dokumentacji medycznej zmarłego, a także że Pacjent za życia nie sprzeciwił się jej udostępnieniu mojej osobie \_\_\_\_\_ (podpis)

# Wniosek o wydanie dokumentacji medycznej/wyników badań laboratoryjnych lub innej dokumentacji medycznej

Podstawa prawna: Ustawa o prawach pacjenta i Rzeczniku Praw Pacjenta.



## POSIADAM:

- upoważnienie od prawnego opiekuna
- upoważnienie od Pacjenta

## W ZAŁĄCZENIU:

- upoważnienie od prawnego opiekuna
- upoważnienie od Pacjenta lub informacja o posiadaniu przez Przychodnię Życie upoważnienia

W przypadku osoby bliskiej ubiegającej się o dostęp do dokumentacji medycznej po śmierci osoby bliskiej niniejszym przedstawiam do okazania:

- akt zgonu pacjenta
- dokument potwierdzający bycie osobą bliską (akt małżeństwa, akt urodzenia)

Jeśli dokumentacja ma być wydana w inny sposób niż do rąk własnych, należy opisać sposób przekazania

**OŚWIADCZAM, ŻE ZOSTAŁEM/AM POINFORMOWANY/A O KOSZTACH UDOSTĘPNIANIA DOKUMENTACJI MEDYCZNEJ I ZOBOWIĄZUJĘ SIĘ DO UISZCZENIA OPŁATY WSKAZANEJ PRZEZ PRACOWNIKA PRYWATNEJ PRZYCHODNI LEKARSKIEJ ŻYCIE S.C.**

Nowy Dwór Mazowiecki

\_\_\_\_\_  
Data i czytelny podpis wnioskodawcy  
/osoby upoważniającej

Potwierdzenie weryfikacji tożsamości osoby  
wnioskującej/upoważnionej oraz okazanych dokumentów

\_\_\_\_\_  
Data i czytelny podpis osoby przyjmującej wniosek

**POTWIERDZAM OTRZYMANIE WNIOSKOWANEJ DOKUMENTACJI MEDYCZNEJ / WYNIKÓW BADAŃ LABORATORYJNYCH.**

Nowy Dwór Mazowiecki

\_\_\_\_\_  
Data i czytelny podpis wnioskodawcy / osoby upoważniającej