

**WNIOSEK O UDOSTĘPNIENIE DOKUMENTACJI MEDYCZNEJ**  
**z Zakładu Pielęgnacyjno – Opiekuńczego im. Św. Józefa w Pleszewie**

**WNIOSKODAWCA**

Imię (imiona) i nazwisko .....

Adres .....

Numer telefonu kontaktowego.....

**DANE PACJENTA, KTÓREGO DOTYCZY WNIOSEK**

Imię (imiona) i nazwisko .....

Adres .....

Data urodzenia .....

Pesel

--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--

**WNIOSEK SKŁADA:**

- pacjent
- przedstawiciel ustawowy pacjenta
- osoba upoważniona

**Proszę o udostępnienie dokumentacji medycznej:**

- do wglądu w siedzibie podmiotu leczniczego,
- wydanie wyciągu, odpisu,
- wydanie kserokopii dokumentacji medycznej,
- inne .....

dotyczącej udzielonych świadczeń podczas pobytu w Zakładzie Pielęgnacyjno –Opiekuńczym im. Św. Józefa w Pleszewie.

Data pobytu .....

Rodzaj dokumentacji .....

*(np. historia choroby, karta informacyjna, wyniki badań, inna)*

**Do celów:**                   

- dalszego leczenia
- w innym celu .....

.....  
data i podpis wnioskodawcy

**Decyzja o udostępnieniu dokumentacji:**    pozytywna / negatywna

.....  
data i podpis Dyrektora

**WYDANO**

Data wydania dokumentacji.....

1. Tożsamość osoby odbierającej stwierdzono na podstawie.....

2. Potwierdzam odbiór .....  
{należy określić rodzaj i ilość dokumentów}

.....

.....

z dokumentacji medycznej pacjenta .....  
(imię i nazwisko pacjenta)

.....

*data i podpis osoby wydającej*

.....

*data i podpis osoby odbierającej*