

### DANE WNIOSKODAWCY

NAZWISKO

IMIĘ

ADRES  
ZAMIESZKANIA

PESEL

TELEFON  
KONTAKTOWY

### DANE PACJENTA

(należy wypełnić tylko wtedy, gdy dokumentacja medyczna **nie dotyczy** wnioskodawcy)

NAZWISKO

IMIĘ

ADRES  
ZAMIESZKANIA

PESEL

TELEFON  
KONTAKTOWY

Wnioskuję o udostępnienie dokumentacji medycznej w formie\*:

kopii całości dokumentacji - **0,32 ZŁ ZA 1 STRONĘ KOPII**

**WRAZ Z WYNIKAMI BADAŃ LABORATORYJNYCH**

**BEZ WYNIKÓW BADAŃ LABORATORYJNYCH**

**WRAZ Z WYNIKAMI BADAŃ OBRAZOWYCH**

**BEZ WYNIKÓW BADAŃ OBRAZOWYCH**

kopii części dokumentacji - **0,32 ZŁ ZA 1 STRONĘ KOPII** w poniższym zakresie:

odpisu/wyciągu **9,16 ZŁ ZA 1 STRONĘ ODPISU/WYCIĄGU**

wglądu do dokumentacji w siedzibie Szpitala - **NIEODPŁATNIE**

Dokumentacja medyczna dotyczy okresu:

Dokumentację medyczną:

odbiorę osobiście

odbierze upoważniona osoba wskazana w dokumentacji medycznej

odbierze osoba upoważniona, której upoważnienie załączam do wniosku

Zostałam/-em poinformowana/y:

- o wysokości opłat z tytułu wydania kopii / odpisu / wyciągu dokumentacji medycznej\*
- że termin realizacji wniosku o udostępnienie wynosi do 30 dni od daty doręczenia do CMŻ
- że termin realizacji wniosku o wgląd do dokumentacji ustalany jest indywidualnie

data i (własnoręczny) czytelny podpis wnioskodawcy

data przyjęcia i czytelny podpis przyjmującego wniosek

\*podstawa prawna: Ustawa o prawach pacjenta i Rzeczniku Praw Pacjenta