



Ul. Leśna 9A, 85-676 Bydgoszcz  
Tel. 52 345 50 80

## WNIOSEK O UDOSTĘPNIENIE DOKUMENTACJI MEDYCZNEJ

### I. Dane osoby składającej wniosek o wydanie dokumentacji medycznej:

Imię i nazwisko: .....

Adres zamieszkania: .....

PESEL: .....

### II. Dane pacjenta, którego dotyczy udostępnienie dokumentacji medycznej:

*(w przypadku, gdy wnoszącym jest inna osoba niż pacjent)*

Imię i nazwisko: .....

Adres zamieszkania: .....

PESEL: .....

### Wnoszę o udostępnienie dokumentacji medycznej:

- cała dokumentacja medyczna
- karta informacyjna (wypis)
- wybrane dokumenty znajdujące się w dokumentacji medycznej, tj:
- a) .....
- b) .....
- c) .....

### Proszę o udostępnienie dokumentacji medycznej w formie:

- wgląd w miejscu udzielania świadczenia z możliwością sporządzenia notatek lub zrobienia zdjęć
- odpis/wyciąg
- kopia dokumentacji medycznej/wydruk
- oryginał za potwierdzeniem odbioru z zastrzeżeniem zwrotu po wykorzystaniu, na żądanie organów władzy publicznej albo sądów powszechnych
- informatyczny nośnik danych (płyta CD)
- inna forma udostępnienia dokumentacji medycznej (np. zdjęcia).....

### Odbiór udostępnionej dokumentacji medycznej:

- odbiór osobisty w Centrum Medycznym Gizińscy
- odbiór osobisty przez osobę upoważnioną
- wysyłka na adres: .....
- wysyłka na adres e-mail: .....

Oświadczam, że ze względu na zachowanie poufności i ochrony danych osobowych akceptuję tryb udostępniania dokumentacji medycznej przewidziany w art. 26 i art. 27 Ustawy o prawach pacjenta i Rzeczniku Praw Pacjenta (Dz.U. z 2017 r. poz. 1318 ze zm.). Jeśli po dokumentację zwraca się osoba nieupoważniona w dokumentacji, wówczas jest ona zobowiązana przedstawić pisemne upoważnienie od pacjenta, które należy złożyć łącznie z wnioskiem.

.....  
Miejscowość, data

.....  
Podpis wnioskodawcy