

## WNIOSEK O UDOSTĘPNIENIE DOKUMENTACJI MEDYCZNEJ

### Dane wnioskodawcy:

Imię i Nazwisko.....

PESEL.....

Adres.....

Nr telefonu.....

E-mail.....

### Dane pacjenta, którego dokumentacja dotyczy:

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

.....

/Imię i Nazwisko, PESEL pacjenta/

### Wnioskuje o:

- umożliwienie wglądu do dokumentacji
- wydanie wyciągu/kopii/wydruku/odpisu dokumentacji medycznej\*

Określenie rodzaju dokumentacji medycznej i okres: .....

.....

### Wnioskowaną dokumentację:

- odbiorę osobiście
- proszę wysłać pocztą na podany we wniosku adres
- proszę wysłać pocztą elektroniczną na podany we wniosku adres e-mail
- proszę wysłać za pomocą systemu ePUAP

### Podstawa prawna wydania:

- dokumentacja dotyczy wnioskodawcy
- upoważnienie złożone w dokumentacji medycznej
- upoważnienie składane z wnioskiem
- rodzic osoby małoletniej
- prawny opiekun ustanowiony przez sąd

**Oświadczam, że zapoznałem/am się z zarządzeniem Nr 2/06/2019 Kierownika Samodzielnego Publicznego Zakładu Opieki Zdrowotnej w Cerkynie z dnia 12.06.2019 r. w sprawie zasad udostępniania dokumentacji medycznej i klauzulą informacyjną w zakresie przetwarzania danych osobowych dostępnej na stronie internetowej [www.cekcyn.pl](http://www.cekcyn.pl) oraz zobowiązuję się do pokrycia opłaty za udostępnienie dokumentacji medycznej oraz ewentualnej wysyłki pocztą.**

.....  
data i podpis osoby przyjmującej wniosek

.....  
data i podpis Wnioskodawcy

Dokument uprawniający do udostępnienia dokumentacji .....

(nazwa dokumentu, nr, seria)

Dokumentacją została udostępniona:

1. wnioskodawcy
2. wysłano na adres/e-mail/\* podany we wniosku
3. wysłano za pomocą systemu ePUAP

\*zaznaczyć właściwie

.....  
data i podpis osoby wydającej dokumentację