

L. dz. .... / .....

**PREZES ZARZĄDU**  
**Szpital Miejski Nr 4 w Gliwicach Sp. z o.o.**

**WNIOSEK O UDOSTĘPNIENIE DOKUMENTACJI MEDYCZNEJ**  
(wypełnia pacjent / przedstawiciel ustawy / osoba upoważniona)

Osoba występująca z wnioskiem (właściwie zakreślić):

Pacjent

Przedstawiciel ustawy pacjenta

Osoba upoważniona przez pacjenta

Dane pacjenta		Dane przedstawiciela ustawowego pacjenta lub osoby upoważnionej przez pacjenta występującej z wnioskiem	
Imię i nazwisko		Imię i nazwisko	
PESEL		Imię i nazwisko	
Adres		Adres	
Nr telefonu kontaktowego		Nr telefonu kontaktowego	

Składam wniosek o udostępnienie dokumentacji medycznej z leczenia w (właściwie zakreślić):

Izbie Przyjęć  Poradni .....

POZ  Fizjoterapii  Oddziale .....

**Za okres** (właściwie zakreślić):

całość leczenia  za okres / podać termin od – do / .....

**W formie** (właściwie zakreślić):

do wglądu  poprzez sporządzenie -  wyciągu  odpisu  kopii  wydruku  uwierzytelnienie

**Odbiór dokumentacji** (właściwie zakreślić):

osobiście

przez osobę upoważnioną .....

(imię i nazwisko osoby upoważnionej, nr i seria dokumentu tożsamości)

*Oświadczam, że zgodnie z art. 28 ustawy z dnia 6 listopada 2008r. o prawach pacjenta i Rzeczniku Praw Pacjenta, zgadzam się na uiszczenie opłaty za udostępnienie dokumentacji.*

.....  
(podpis osoby składającej wniosek)

**Wydanie dokumentacji medycznej** następuje:

- w trybie zapewniającym zachowanie poufności i ochrony danych osobowych,
- za potwierdzeniem tożsamości wnioskodawcy (na podstawie dowodu osobistego lub innego dokumentu urzędowego ze zdjęciem),
- okazaniem dowodu zapłaty.

Pobrano opłatę w wysokości ..... zł.

Potwierdzam odbiór ..... stron

.....  
(data i podpis pracownika wydającego dokumentację)

.....  
(data i czytelny podpis osoby odbierającej dokumentację)

- cena sporządzenia jednej strony kopii, wydruku wynosi ..... zł brutto
- dokumentacja udostępniana jest bez zbędnej zwłoki, nie dłużej niż - **do 7 dni**