

## DANE WNIOSKODAWCY

.....  
*Imię i nazwisko*

.....  
*Adres zamieszkania*

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

*Nr PESEL*

**WNIOSEK**  
**O UDOSTĘPNIENIE DOKUMENTACJI MEDYCZNEJ**  
**skierowany do Dyrektora Zespołu Opieki Zdrowotnej w Szczytnie**  
**ul. Skłodowskiej 12, 12-100 Szczytno**  
**REGON 519482005, NIP 745-15-93-187**

## 1. Dokumentacja medyczna dotyczy\*

Imię i nazwisko .....

Adres zamieszkania .....

Nr PESEL

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

## 2. Pobyt w szpitalu, którego wniosek dotyczy

Oddział .....

Okres pobytu .....

## 3. Rodzaj dokumentacji medycznej

.....  
 .....

## 4. Do jakich celów dokumentacja zostanie wykorzystana

.....  
 .....

## 5. Oświadczenie

Zobowiązuję się do pokrycia kosztów wyszukania i wykonania kserokopii dokumentacji zgodnie z cennikiem obowiązującym w Zespole Opieki Zdrowotnej w Szczytnie.

.....  
 (data, czytelny podpis wnioskodawcy)

**Decyzja Dyrektora**

Wyrażam zgodę / nie wyrażam zgody\*\*

.....  
 (data, podpis Dyrektora)

\* wypełnić w przypadku, gdy wnioskodawca wnioskuję o udostępnienie dokumentacji jako przedstawiciel ustawowy pacjenta lub z upoważnienia pacjenta

\*\* niepotrzebne skreślić

---

**Dokumentację wydano**

Określenie dokumentacji medycznej	Ilość stron	Należność	Uwagi
Historia choroby			
Karta informacyjna leczenia szpitalnego			
Razem			

Data wydania kserokopii dokumentu .....

Tożsamość osoby wnioskującej stwierdzono na podstawie .....

..... seria i nr .....

.....  
(Czytelny podpis pracownika wydającego dokumentację)

---

**Dokumentację otrzymałem/otrzymałam**

.....  
(data, czytelny podpis wnioskodawcy)